FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — **THÈSE** — N°

PRÉSENTÉE

Pour le Doctorat en Médecine

LE

DIAGNOSTIC EN MÉDECINE

SA GENÈSE INTELLECTUELLE, SES FONDEMENTS, SA CRITIQUE

PAR

Alfred JACQUEMIN (Jean-Marie-Louis-Joseph)

Né le 22 juin 1884, à Nogent-sur-Vernisson (Loiret)

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN INTERNE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DES ASILES DE LA SEINE

MÉDAILLE DE BRONZE DES HOPITAUX

Président : M. le Professeur CHAUFFARD

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT - DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL - LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

EN TÉMOIGNAGE DE RESPECT ET D'AFFECTION

A MON FRERE LE Docteur Paul JACQUEMIN

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur,

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR BARTH
Hôpital Necker (1904).

MM. LES DOCTEURS LAUNAY, CUNEO
Hôpital de la Charité (1904).

M. LE DOCTEUR BARIÉ
Hôpital Laënnec (1905).

M. LE PROFESSEUR DELBET
Hôpital Laënnec (1906).

M. LE DOCTEUR TOUPET
Hôpital de la Charité (Externat 1906-1907).

M. LE DOCTEUR BABINSKI
Hôpital de la Pitié (Externat 1907-1908).

M. LE DOCTEUR OULMONT
Hôpital de la Charité (Externat 1908-1909).

M. LE DOCTEUR RAVAUT
Hôpital Saint-Louis.

M. LE DOCTEUR OULMONT
Hôpital de la Charité (Internat provisoire 1909).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE
Hôpital de la Charité (Internat provisoire 1909).

M. le docteur BELIN
Hôpital de la Charité (Internat provisoire 1910).

MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT, FOURNIER
Hôpital Dubois (Internat provisoire 1910).

MM. les docteurs PAPILLON, SAINTON
Hôpital Bretonneau (Internat provisoire 1910-1911).

M. le docteur René MARIE
(Internat 1911-1912).

MM. les docteurs CLEMENT, FERRAND, CARTON
(Internat 1912-1913).

MM. les docteurs DOLÉRIS, CATHALA
(Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine).

M. le docteur Cl. VINCENT

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

M. le docteur BLIN
Médecin chef de l'Asile de Vaucluse (1913-1914).

MM. les docteurs VIGOUROUX, DUPAIN

PRÉFACE

Durant le cours de nos études médicales, dans les hôpitaux de Paris, à l'Hospice de Brévannes, dans les Asiles de la Seine, tant comme externe que comme interne, nous nous sommes toujours et plus volontiers dirigé vers les choses de la clinique, estimant que la première qualité du médecin, celle qui, chez lui, doit primer et commander toutes les autres, c'est à coup sûr de bien diagnostiquer.

Un bon diagnostic est la base fondamentale de tout pronostic éclairé, de tout traitement rationnel ; c'est la solution nécessaire et primordiale d'un problème complexe qui se pose à chacun de nous, toutes les fois qu'un malade est soumis à notre examen.

Or le diagnostic des maladies n'est point chose facile, et très souvent l'autopsie nous révèle nos erreurs, véritables coups de théâtre, qui surprennent les mieux renseignés et découragent les plus clairvoyants. On dirait que la nature se plaît à compliquer les choses les plus simples, à embrouiller les données les plus précises, à égarer les recherches les plus méthodiquement conduites, sorte de revanche du fait contre la loi !

Le clinicien idéal serait l'homme qui rapporterait,

à coup sûr, tel ou tel symptôme à sa lésion causale : un pareil devin n'existe pas.

Mais les faits journaliers nous ont permis de constater maintes fois, toutes connaissances égales d'ailleurs, que ce qu'on a coutume d'appeler le sens clinique, n'est point également réparti chez chacun ; que certains voient assez souvent juste là où d'autres voient trop fréquemment faux ; qu'il y a en un mot de bons et de mauvais cliniciens.

Et nous avons été conduit à nous demander le comment et le pourquoi de ce « flair spécial » ; s'il fallait le considérer comme un sens particulier, inné, *à priori*, analogue à ce sens des pigeons voyageurs qui, instinctivement, s'orientent pour rejoindre leur pigeonnier, ou si, au contraire, ce n'était pas là l'expression d'un équilibre spécial de nos facultés.

C'est ainsi que nous nous sommes proposé d'étudier la genèse intellectuelle du diagnostic ; de rechercher sa valeur scientifique ; de déterminer ce qu'il faut entendre par erreur, doute, certitude cliniques de faire en somme la critique de la diagnose médicale.

L'enseignement de nos maîtres dans les hôpitaux, nous aura grandement facilité ce travail. Nous adressons nos remerciements respectueux à tous, mais plus particulièrement à trois d'entre eux, dont la science indiscutée et la grande sympathie, ont marqué sur nous plus profondément leur empreinte.

M. le docteur Oulmont, dans son service de l'Hôpital de la Charité, nous apprit qu'il y a des malades et

non point des maladies ; que chaque malade donne à ses lésions, une expression personnelle, un cachet particulier.

— Présentez-moi vos malades, nous disait-il souvent, de telle sorte que, sans les voir, je sache exactement de qui vous voulez parler. Ne me dites pas quels sont les signes d'une pleurésie, décrivez-moi les symptômes perçus par vous chez tel pleurétique déterminé.

Notre maître, monsieur le docteur Babinski, à ses consultations de la Pitié, nous enseigna le doute méthodique appliqué à la clinique des maladies nerveuses. Il nous apprit à observer les malades et à les voir, non point avec les yeux de la foi, mais avec les yeux du bon sens et de la raison.

M. le docteur René Marie, médecin des Hôpitaux de Paris, et médecin en chef de l'Hospice de Brévannes, dont nous fûmes l'interne pendant deux ans, nous fit comprendre que quiconque veut trop prouver ne prouve rien ; que le bon clinicien n'est pas celui qui, effrontément, prétend déchiffrer les énigmes pathologiques les plus délicates (y parviendrait-il quelquefois !), mais le sage qui sait n'affirmer les choses qu'à bon escient et qui, sans forfanterie scientifique, ne craint point de s'arrêter à la limite du perceptible et du réel, estimant que l'interprétation des faits appartient au domaine de l'hypothèse.

Ces idées philosophiques, M. le docteur Marie nous les matérialisa journellement au cours des démonstrations qu'il nous faisait à l'amphithéâtre d'autopsie. Que de fois n'avons-nous pas eu sous les yeux la

preuve tangible de ces dissemblances entre ce qui paraît et ce qui est, entre le phénomène clinique et le fait anatomique.

Encore une fois à ces trois maîtres, nous adressons le témoignage de notre vive gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier M. le docteur E. Blin, médecin des Asiles de la Seine, notre premier maître dans la médecine mentale, pour tous les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Dans ce travail, qui comportera deux parties ayant trait, l'une à la médecine scientifique, l'autre à l'art médical, nous adopterons le plan suivant :

Après avoir défini le diagnostic, nous en rechercherons les éléments fondamentaux que nous trouverons d'une part dans la connaissance théorique de la pathologie, d'autre part dans les données de l'expérience. Nous serons donc amené à traiter de l'observation, de l'hypothèse, de l'expérimentation, de l'induction et des lois en médecine. Nous ferons ainsi la part de ce qui est science en clinique.

Puis, considérant que malgré le progrès de la méthode expérimentale, nous sommes encore à l'heure présente, empiriques dans les trois quarts de nos actions, nous étudierons l'expérience et les notions qu'elle peut nous fournir.

Ainsi munis de ces deux ordres de matériaux, dont nous apprécierons la valeur et la solidité, nous montrerons comment, suivant ses tendances, l'esprit dispose, combine, échafaude, pour construire un diagnostic.

Nous terminerons en synthétisant les qualités qui nous auront semblé être l'apanage de tout bon clinicien.

LE DIAGNOSTIC. — SA DÉFINITION

Le diagnostic (de διά entre et γιγνώσκω je connais) est, au sens étymologique du mot, la distinction des maladies entre elles.

Etablir le diagnostic d'une maladie, c'est la distinguer, c'est-à-dire la reconnaître toutes les fois qu'elle existe, et d'autre part la différencier de toutes les autres maladies avec lesquelles, en raison des caractères similaires qu'elle présente, on pourrait la confondre. C'est l'opération par laquelle le médecin étiquette telle ou telle l'affection qu'il a devant les yeux en comparant mentalement les phénomènes qui se présentent à lui avec d'autres manifestations qu'il sait pour les avoir apprises, ou connaît pour les avoir lues. Travail de collectionneur qui, par élimination et comparaison, conduit presque infailliblement à la détermination d'un insecte, d'une plante, d'un caillou. Travail matériel en somme, qui consiste à découvrir certains faits d'abord, à les grouper ensuite, à les classer enfin. Travail à la portée de tous, à la condition d'être instruit, méthodique et patient. Du moins semble-t-il quand on s'en tient à la définition d'un mot !

La question vue sous ce jour est par trop simpliste et le diagnostic, opération beaucoup plus complexe, apparaît, en réalité, comme autre chose qu'une devinette, autre chose qu'une solution de problème algébrique.

C'est qu'en effet, le sujet même sur lequel nous dissertons, n'est pas un sujet idéal, sans corps, abstrait. C'est un sujet que nous devrons voir, sentir, entendre, toucher, un sujet dont la perception sera fonction de la finesse et de l'acuité de nos sens.

Il en est ainsi dans toutes les sciences de faits. Leur point de départ réside dans l'observation, et plus l'objet en est complexe, plus l'observation devra comporter de rigueur et de soin. Le diagnostic médical dépendra donc avant tout de ce qu'aura été l'examen du malade.

Ce n'est pas tout. La matière même de notre raisonnement n'est point constamment identique à elle-même. Les réactions morbides varient de l'un à l'autre ; chaque malade donne à sa maladie une physionomie qui lui appartient en propre, le même mal pouvant s'extérioriser de diverses façons.

Inversement, des manifestations cliniques analogues sont susceptibles de se rencontrer dans des cas totalement dissemblables. Ne conçoit-on pas la possibilité de confondre un vomissement urémique chez un vieillard infiltré d'œdème, avec le vomissement du néoplasme gastrique à sa période de cachexie œdémateuse ? Auquel d'entre nous n'est-il pas arrivé de prendre pour une tuberculose pulmonaire ce qui était, en

fait, un anévrisme de la crosse aortique en voie de fistulisation.

Tant et si bien que ce polymorphisme nosalogique a pu faire dire qu'en clinique on voyait des malades et non point des maladies.

Mais si le diagnostic n'est pas le simple baptême donné à quelques symptômes, s'il est quelque chose de plus complexe et de plus délicat, qu'est-il donc en réalité et que doit-on, en définitive, comprendre sous cette appellation ?

Le diagnostic est la définition d'une maladie d'abord, c'est aussi et surtout l'histoire d'un malade, histoire spéciale à chacun, qu'on ne peut exprimer d'un seul mot parce que dans le domaine biologique on ne saurait sans hérésie formuler abstraitement quelque chose d'essentiellement concret.

Aussi pour mériter ce nom, le diagnostic doit-il porter sur un certain nombre de points, résoudre une série de problèmes qu'on peut artificiellement diviser en deux groupes : le premier se rapportant au diagnostic de la maladie, le second au diagnostic du malade.

Le diagnostic de la maladie, ou *diagnostic nominal*, indique l'organe malade et la nature des lésions dont cet organe est affecté. En portant le diagnostic de pleurite nous affirmons que la plèvre est malade et qu'elle est le siège d'une inflammation. Lorsque, comme il arrive souvent, un état morbide complexe est caractérisé par des lésions organiques ou fonctionnelles multiples, le diagnostic nominal doit spéci-

fier les rapports qui peuvent exister entre elles ; il doit selon les cas, déterminer si les lésions observées sont antérieures à la maladie actuelle, ou modifiées par elle; si, indépendantes les unes des autres, elles ne sont que concomitantes, ou si elles sont reliées par un lien pathogénique, et dans ce cas indiquer la lésion primitive, de laquelle, par des rapports de cause à effet, sont résultées toutes les autres.

Mais, pour caractériser de façon plus précise encore un cas clinique déterminé le diagnostic nominal a besoin d'être complété par une formule topographique et anatomique.

Topographique : une pleurite peut être simple ou double, généralisée ou circonscrite ; elle peut siéger soit en avant, soit en haut, soit à la base des feuillets pleuraux. Une cystite peut avoir envahi toute l'étendue de la muqueuse vésicale, ou la phlegmasie s'être cantonnée au seul col de la vessie.

Anatomique : le diagnostic nominal de tuberculose pulmonaire serait insuffisant si la mention que les tubercules sont à l'état de crudité, de ramollissement, ou que des excavations pulmonaires se sont déjà formées, n'indiquait la phase d'évolution à laquelle est arrivée la maladie. Dans bon nombre de cas, d'ailleurs, et grâce aux progrès toujours plus nombreux de l'anatomie pathologique, le diagnostic anatomique doit porter non plus seulement sur les lésions macroscopiques grossières, mais bien sur la nature des lésions survenues dans l'intimité des tissus. Il importe par exemple de spécifier la constitution histo-

logique d'une tumeur au double point de vue du pronostic et du traitement.

Il y a plus. L'appréciation des lésions locales serait encore insuffisante si l'on n'y ajoutait le *diagnostic de l'état général* de l'organisme, tel qu'il résulte de la maladie elle-même et de l'état de santé antérieur : l'absence ou le degré d'intensité de la fièvre, l'excitation ou la prostration du système nerveux, la persistance ou le manque des forces, le maintien ou la disparition du tissu adipeux sont autant de symptômes généraux qu'il importe de prendre en considération. Faute d'avoir établi avec soin le diagnostic de l'état général de l'organisme, le clinicien encourrait avec raison le reproche d'avoir été trop exclusif et d'avoir négligé un des points les plus importants du diagnostic.

Enfin ce diagnostic de la maladie doit être complémenté par la *notion d'étiologie*. L'importance de cette dernière est considérable, en raison des caractères particuliers que les causes impriment aux manifestations pathologiques ; en raison encore de l'influence qu'exercent ces causes morbides sur la marche, la durée, la terminaison des phénomènes cliniques, sur leur tendance à récidiver, enfin sur la nature du traitement spécial qu'ils peuvent exiger. Un ulcère peut dépendre de troubles locaux de la circulation, d'une infection locale ou d'une septicemie, telle que la syphilis. Une arthrite peut être traumatique, rhumatismale, goutteuse, blennorrhagique. Autant d'exemples qui montrent que les symptômes ne sont

rien par eux-mêmes, qu'ils n'existent que par le fait étiologique dont ils sont le reflet.

En résumé ce diagnostic préalable, terre à terre, que nous avons appelé « diagnostic de la maladie » doit être un diagnostic nominal, anatomo-pathologique, topographique, étiologique, en même temps qu'un diagnostic de l'état général du patient.

Mais si la pathologie assigne au diagnostic complet d'une maladie, le cadre que nous venons de tracer, la clinique est plus exigeante. *A côté de la maladie, le clinicien doit étudier l'individu sur lequel elle s'est installée,* reconnaître les caractères particuliers de cet individu, scruter les conditions générales dans lesquelles il s'est développé, apprécier l'influence modificatrice que ces éléments peuvent exercer sur les symptômes, la marche, l'intensité de la maladie. En même temps que le diagnostic de la maladie, le clinicien doit de toute nécessité, établir le diagnostic du malade qu'il s'efforcera de guérir ou de soulager.

Ce qui, du reste, fait bien ressortir l'importance pratique de ce diagnostic « supérieur » psychologique, ce sont les avantages incontestés, que, au point de vue du diagnostic de la maladie, possède sur les médecins étrangers, le médecin traitant ordinaire qui connaît son malade depuis longtemps. Et ces avantages sont plus marqués encore pour les médecins qui, ayant donné pendant une longue série d'années, leurs soins à une même famille, possèdent sur son histoire, sur ses antécédents maint renseignement précieux.

Outre les conditions individuelles d'âge, de sexe, de

tempérament, de constitution, qui peuvent, chacune, à des degrés divers, d'une façon directe ou indirecte, influer sur la maladie et les caractères qu'elle présente, le médecin doit pour apprendre à connaître son malade, rechercher les conditions chologiques sous l'influence desquelles, en raison de sa condition sociale, il vit ou a vécu ; la nature, la fréquence et la durée des maladies déjà survenues, leur influence sur l'état de santé antérieur. Chez les femmes, il devra déterminer tout ce qui a trait aux fonctions qui leur sont spéciales, menstruation, grossesses, accouchements, lactation, déterminer aussi les accidents morbides qui ont pu accompagner ces fonctions ou en résulter.

Il est nécessaire enfin d'établir le *diagnostic dynamique* de chaque malade, c'est-à-dire d'apprécier l'état général de ses forces physiques et morales, et d'en déduire le degré relatif de résistance que son organisme sera capable d'opposer tant à l'action de la maladie qu'à celle des moyens thérapeutiques qui seront employés.

Mais dans cette diagnose du malade, dans cette prise de connaissance d'une autre individualité, d'un autre moi, le médecin s'élève au-dessus de la chose médicale. Son expérimentation limitée, tout à l'heure, au phénomène pathologique particulier, rétrécie par lui, ne tarde pas à franchir l'apparente barrière qui sépare le fait matériel des facultés de l'âme. Ainsi qu'un motif musical, qui, peu à peu, insensiblement s'amplifie en puissance et en majesté, son œuvre de clinicien

s'agrandit d'une œuvre de psychologue... Et puis, l'individu à son tour s'efface dans notre pensée ; notre tendance à généraliser, nous le fait voir, non plus isolément, mais au milieu du groupe dont il fait partie... Notre concept s'étend encore : du groupe immédiat nous passons à la race puis à l'espèce, et ainsi nous nous acheminons vers les sommets de la sociologie !

Pour parvenir à résoudre cette série de problèmes, il nous faut deux choses : le savoir théorique des maladies, la pratique des malades. Toute connaissance réclame, en effet, des matériaux, implique des éléments fondamentaux. Or, en clinique, ces matériaux, ces éléments relèveront d'un double domaine : du domaine scientifique par les lois et les définitions de la pathologie ; du domaine empirique, par ces notions plus ou moins étendues, plus ou moins subconscientes que l'habitude enregistre et précise, et qui constituent l'expérience.

Aussi la critique du diagnostic en médecine nous obligera-t-elle à faire incursion dans ce double domaine, de la pathologie théorique d'une part, de l'expérience clinique d'autre part.

Or, la pathologie théorique depuis Claude Bernard tend à prendre rang parmi les véritables sciences expérimentales. Nous commencerons donc par étudier l'observation, l'hypothèse, l'expérimentation et l'induction, en médecine, puisque ce sont là les procédés que toute science de faits est contrainte d'employer, pour édifier ses lois.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉLÉMENT SCIENTIFIQUE DE LA DIAGNOSE MÉDICALE

DE L'OBSERVATION ET DE L'EXPÉRIMENTATION. — LEUR ROLE DANS LA DÉTERMINATION DES LOIS DE LA PATHOLOGIE.

A la base même de toute acquisition intellectuelle, de toute hypothèse clinique, leur servant en quelque sorte de fondement, l'observation se dresse comme la première opération indispensable de l'esprit.

Tout le monde fait la distinction de voir et regarder, d'entendre et écouter. Voir et entendre sont de purs états fonctionnels, le résultat du seul exercice de la sensibilité. Regarder et écouter impliquent l'attention, c'est-à-dire un acte intellectuel et volontaire. Or, porter son attention sur les choses, c'est observer.

L'observation est donc, en définitive, l'examen attentif des objets.

Mais un examen, si minutieux qu'il soit, ne peut jamais transmettre à l'esprit que ce qui a été recueilli par les sens. C'est ce qu'on appelle des faits. Or, les faits, en ce sens général, ne disent rien ; ils sont muets de naissance et, comme les muets de la démonologie, c'est l'esprit seul qui les fait parler. Autrement dit la signification d'un fait sera celle que l'esprit lui donnera.

Et c'est pour cela qu'il n'y a jamais eu à parler

rigoureusement d'école ni même de société d'observation. Les anciens empiriques recommandaient l'autopsie qui n'est autre qu'une observation personnelle ; mais s'ils repoussaient les théories, ils ne pouvaient se soustraire à ces procédés de l'esprit qui, seuls, peuvent tirer des prémisses de l'autopsie les conséquences nécessaires à la pratique de la médecine. Aussi l'empirisme devint-il forcément raisonné.

Les faits, en effet, viennent toujours de quelque part ; ils ont une filiation, ils ont une évolution, ils ont, en un mot, leur raison d'être, et c'est cette raison qui se propose aux méditations du savant.

La céphalalgie, la fréquence du pouls, la rougeur d'une membrane, par exemple, ne sont rien, si l'on ne connaît les modalités pathologiques auxquelles elles correspondent. Bref, il n'y a pas, pour la philosophie de faits bruts, et c'est justement l'observation qui fournit à l'esprit les matériaux du jugement. Où l'esprit prendra-t-il ces matériaux ? Tout d'abord là où ils sont le plus apparents (nous parlons de l'observation externe) c'est-à-dire dans la forme extérieure des objets. Mais à mesure que le champ des connaissances s'agrandit, que leur explication devient ou semble devenir de moins en moins incertaine, que les sciences se fondent, s'étendent et se pénètrent mutuellement, il arrive que les besoins de l'observation augmentent, que ses voies s'éclairent en se multipliant, que les moyens d'actions se perfectionnent. Maintenant, l'esprit qui la suivait, la devance ; il la dirige, il lui prescrit sa tâche, les points où elle doit porter.

Les connaissances de l'homme, par cela même qu'elles s'accumulent, lui fournissent les moyens pratiques de les grossir encore. Le sthétoscope, le sphigmo-manomètre, le microscope, viennent à son aide avec mille autres instruments de précision propres à mettre en évidence nombre de faits que nos sens n'eussent jamais aperçus.

L'observation descend ainsi de la surface dans les profondeurs ; en même temps, elle s'étend des phénomènes particuliers aux phénomènes généraux, des phénomènes isolés aux relations des phénomènes entre eux, donnant toujours à l'esprit scientifique qui lui demande toujours, jusqu'à ce que les faits connus enfin dans leur enchaînement, dans leur genèse, dans tous les modes et tous les détails de leur manifestation, puissent être rangés sous des lois, qui sont les lois même de la nature.

Mais nulle part la constitution de la science n'est aussi difficile qu'en biologie normale ou pathologique. Plus on s'élève en effet dans l'échelle des êtres, plus les conditions de l'être se compliquent. La complication atteint son plus haut degré chez les animaux supérieurs et principalement chez l'homme. Dans l'organisme animal, les parties peuvent bien être ramenées en dernière analyse, aux mêmes éléments chimiques que le minéral, mais ces éléments y forment des associations qui n'appartiennent qu'à lui et qui, sous le nom de principes immédiats, d'éléments anatomiques, entrent à leur tour dans des combinaisons dont l'effet est, non de les détruire, mais tout au

contraire de les renouveler sans cesse. Dans l'organisme animal, une communication indiscontinue est établie avec le dehors ; par les voies respiratoires, par les voies digestives, par la peau même, se fait un courant d'échanges entre le milieu intérieur et le milieu extérieur. Dans l'organisme animal, règnent les influences physiques du monde cosmique, et s'exercent sur place, dans la profondeur des organes, des actions de même ordre, d'une variété infinie. Dans l'organisme animal enfin, aux propriétés communes de la matière, se joignent, entretenues par la nutrition, des propriétés spéciales, donnant lieu, par leur exercice même, à des forces diverses, qui, servies par l'admirable concordance de tout le mécanisme, assurent l'harmonie des fonctions et constituent l'unité de la vie.

De tout cela résulte, dans l'économie vivante, sous une apparente simplicité, une effroyable complexité de phénomènes, d'actions et de réactions, délicates, obscures, inaccessibles aux sens et rendues plus compliquées encore par des conditions toutes particulières et variables de température, de contact, de pression, de mouvement.

Quel terrible champ pour l'observation, et comme on conçoit bien qu'elle y marche si lentement et s'y égare si souvent ! C'est la science en progrès qui la guide aujourd'hui, avant-nous dit ; mais ce progrès, dont on a raison d'être fier, tant il est laborieux, est pourtant bien modeste encore. Et puis, la science, ce sont les savants qui la font et qui s'en servent, avec

toutes les diversités de leurs aptitudes, de leur intelligence et de leur jugement ; et il ne faut pas, dès lors, s'étonner que, tant de fois, des observations, des expérimentations même, poursuivies par plusieurs d'entre eux, sur un même point, par les mêmes procédés, aboutissent à des résultats différents ou contradictoires.

La clinique prête particulièrement à cette anarchie. Dans un complexus symptomatique, pas la moindre lumière si l'esprit ne la donne, pour éclairer la source du mal, pour montrer la liaison des désordres éparpillés dans l'économie, pour faire distinguer les vrais caractères pathologiques des phénomènes accidentels, et les effets primitifs de la cause de ses effets consécutifs. C'est dans cette interprétation que s'accuseront la diversité et l'inégalité d'esprit des observateurs, apportant une dose variable et des applications différentes de ces notions générales qui ne nous viennent pas de l'observation, mais de la logique, et dont la mathématique, qui est une logique particulière, nous offre le type.

L'observation pure est donc insuffisante en elle-même pour nous faire connaître les choses. Elle provoque l'hypothèse et achemine à l'expérimentation.

L'expérimentation est encore l'observation, mais l'observation avec un caractère nouveau, à savoir : l'intervention de l'observateur dans la production du phénomène. Sans doute l'observation proprement dite est déjà active puisqu'elle implique l'attention. Mais l'attention ne change rien aux conditions du pro-

blème : l'observateur n'est que spectateur. L'expérimentateur, au contraire, intervient dans le travail de la nature, que, suivant le mot de Bacon, il met à la torture pour lui arracher ses secrets.

Très souvent, en effet, les phénomènes observables se présentent d'eux-même et comme à l'improviste, alors ils surprennent l'observateur qui se trouve mal préparé à les analyser ; il ne voit pas ou voit mal le commencement du phénomène ; parfois il est encore troublé quand le phénomène continue ; il ne peut en prolonger la durée ; et quand le phénomène a disparu il ne peut revenir sur son observation pour en corriger les imperfections ou en combler les lacunes.

Tous ces défauts de la simple observation disparaissent quand le phénomène à observer a été prévu par l'observateur ou provoqué par lui ; le savant, alors, assiste attentif à son éclosion ; il le suit dans son évolution et peut ainsi, à loisir, en noter les détails.

La science se fonde sur l'observation des phénomènes ; elle les compare et les groupe de différentes manières : c'est la classification ; surtout elle établit les relations régulières qu'ils ont entre eux, les rapports constants de co existence et de succession qui les régissent : ces rapports sont les lois des phénomènes ; la détermination et la coordination des lois est le but de la science. Mieux les phénomènes seront connus et dans leurs éléments et dans leurs relations mutuelles, plus la détermination des lois sera facile et sûre. L'observation pure et simple suffit dans

certains cas à fonder l'induction ; mais il est évident que l'expérimentation fournit à l'induction une base plus large et plus solide.

Les sciences les plus avancées, c'est-à-dire les plus riches en lois, les plus exactes et les plus affirmatives dans leurs énoncés, sont les sciences expérimentales, c'est-à-dire celles qui emploient l'expérimentation comme procédé unique ou principal : telles sont la physique et la chimie, et l'on voudrait pouvoir appliquer à toutes les sciences les procédés si simples et si rigoureux auxquels elles doivent leur sûreté et leur progrès régulier. Mais certains objets d'étude résistent à l'expérimentation et, en conséquence, certaines sciences sont réduites à l'observation, sauf à perfectionner cette dernière au moyen d'instruments spéciaux qui, en augmentant l'intensité ou l'étendue apparente des phénomènes, permettent à la perception d'être plus riche et plus précise : telles l'astronomie et la météorologie ; ces sciences sont condamnées à rester éternellement des sciences de simple observation par cette raison décisive qu'il est impossible de provoquer les phénomènes astronomiques et météorologiques.

Longtemps on a cru que les sciences médicales devaient, comme les précédentes, rester ce qu'elles étaient au début, des sciences d'observation ; et cela, non seulement parce que la morale médicale défend de provoquer des faits morbides chez nos semblables, de faire de l'homme intentionnellement un sujet d'expérience, mais aussi et surtout parce que la com-

plexité et l'enchevêtrement des phénomènes vitaux, soit normaux, soit pathologiques, ne permettent pas de suivre avec sûreté dans un organisme les effets d'une expérience : trop nombreux sont à chaque instant les phénomènes organiques ; ils réagissent trop instantanément et trop secrètement les uns sur les autres pour qu'on puisse dire : « Celui-ci a engendré celui-là. » Mieux vaut laisser agir la nature et l'observer patiemment du dehors.

Cette opinion était encore dominante il y a peu d'années ; la pathologie et la thérapeutique ont été depuis leur origine des sciences d'observation, et c'est par un emploi plus savant de l'observation clinique ou de l'anatomie pathologique, que l'Ecole Française a fait faire à ces sciences, dans la première moitié du dix-neuvième siècle, des progrès décisifs. Mais un jeur devait venir où la méthode expérimentale serait appliquée aux sciences biologiques, et il suffisait que la tentative réussît en quelque mesure pour que ce succès encourageât des espérances illimitées. Claude Bernard a fondé la physiologie expérimentale et posé les bases de la médecine expérimentale ; il a montré qu'elles étaient solidaires et qu'on ne pouvait développer la première sans toucher à la seconde ou sans lui préparer les voies.

Entre ses mains et celles de ses disciples, la vivisection des animaux n'a pas été seulement le procédé fondamental pour la recherche des fonctions vitales normales : elle a quelquefois servi à donner aux animaux mis en expérience, des maladies artificielles

analogues à celles de l'homme : ainsi le diabète expérimental, découvert par Claude Bernard, et l'épilepsie provoquée chez les cobayes par Brown-Séquard ; la pathologie expérimentale était fondée. On doit y rattacher les expériences très méthodiques de Dareste sur la producion artificielle des monstruosités : car la tératologie expérimentale est évidemment une branche de la pathologie expérimentale.

Les choses en étaient là, et les progrès scientifiques de la médecine eussent été sans doute très lents si l'on s'était borné à chercher dans l'organisme modifié par un traumatisme savant le principe des maladies.

Les travaux de Pasteur et le développement des théories microbiennes ouvrirent dans ces dernières années des voies nouvelles. Toutes les maladies épidémiques, infectieuses, sont désormais considérées comme le résultat de l'introduction et de la pullulation, dans l'organisme, d'êtres infiniment petits. Grâce à Pasteur, on sait aujourd'hui isoler et cultiver ces semences de maladies ; on sait les inoculer et créer ainsi, expérimentalement, les affections dont, auparavant, l'origine était obscure et dont l'étude se faisait uniquement par l'observation.

Il y a donc désormais une pathologie expérimentale de toute une classe de maladies, et l'on est en droit d'augurer l'extension du principe à tout le domaine de la pathologie.

Ainsi, en biologie comme ailleurs, « l'indéterminé n'est point scientifique », et cet axiome fondamental des méthodes expérimentales, doit guider les recher-

ches du savant lorsqu'il étudie l'organisme malade. Les difficultés, sans doute, sont ici très grosses, étant le nombre et la complexité des phénomènes en vue, mais le principe du déterminisme absolu subsiste dans toute sa force et quand, en pathologie, nous sommes forcés d'admettre un fait exceptionnel, cet aveu n'exprime que l'incertitude où nous nous trouvons des conditions qui l'ont produit. Que si, enfin, dans la pratique médicale journalière, notre ignorance partielle nous force trop souvent à renoncer aux mots *jamais* et *toujours*, au point de vue scientifique, ces expressions sont parfaitement légitimes ; elles sont imposées, les mêmes causes dans les mêmes conditions devant nécessairement toujours produire les mêmes effets.

Néanmoins, en dépit du terrain conquis chaque jour par la méthode expérimentale, l'observation proprement dite restera toujours le procédé principal de la médecine, celui du diagnostic clinique en particulier.

L'HYPOTHÈSE. — SA VALEUR SCIENTIFIQUE

Parmi les procédés qu'emploie la méthode expérimentale, l'un des plus importants et des plus fréquemment mis en usage est, sans contredit, l'hypothèse. Ce procédé mérite d'être apprécié de plus près, d'une part, parce que, pendant longtemps, et cela par les génies les plus éminents, l'emploi des hypothèses a été banni de la science ; d'autre part, parce que l'hypothèse figure comme procédé de recherches légitime et nécessaire dans plusieurs branches des sciences médicales : elle est aussi familière au clinicien qu'au physiologue.

L'hypothèse, avons-nous dit, est légitime et nécessaire dans les sciences médicales. Elle est nécessaire, car l'expérience physiologique ou la constation d'une manifestation morbide est impuissante et stérile, si elle n'est pas stimulée et guidée par une vue antérieure de l'esprit. Se livrer à des expérimentations physiologiques, recueillir une observation clinique sans idées et sans théories anticipées, c'est faire des expérimentations, constater des symptômes, sans savoir pourquoi, sans avoir de but ou d'objectif déterminé. C'est vers ce but que conduit l'idée directrice,

l'hypothèse qui a germé dans l'esprit de l'investigateur. Sans doute, il faut observer les faits sans idée préconçue, autrement on ne verrait que ce qu'on voudrait voir. Mais un premier fait, de prime abord bien observé, dûment constaté et dégagé de l'hypothèse qui dans certains cas a conduit à sa constatation, suggère lui-même une autre hypothèse qui provoque l'expérimentation physiologique ou la recherche clinique, la guide et la conduit.

L'observation d'un fait ne suggère-t-elle aucune idée, cette observation restera forcément stérile.

En clinique comme en physiologie, le fait suggère l'idée, l'idée suggère l'expérimentation ou la recherche et celle-ci juge l'idée. Tel est l'ordre logique des opérations scientifiques et intellectuelles, l'esprit intervenant incessamment dans l'observation des faits.

Comment l'idée surgit-elle dans l'esprit ? Nous empruntons à Claude Bernard le passage dans lequel il décrit si bien cette remarquable vertu de l'invention scientifique : « Il n'y a pas de règle à fixer, dit-il, pour faire naître à propos d'une observation donnée, une idée juste et féconde. Cette idée, une fois émise, on peut la soumettre à des préceptes et à des règles, mais son apparition a été toute spontanée, et sa nature est toute individuelle. C'est un sentiment particulier, un *quid proprium*, qui constitue l'originalité, l'invention ou le génie de chacun. Il est des faits qui ne disent rien à l'esprit du plus grand nombre, tandis qu'ils sont lumineux pour d'autres. Il arrive qu'un fait ou une observation reste longtemps devant les yeux d'un

savant sans rien lui inspirer ; puis, tout à coup, vient un trait de lumière, l'idée neuve apparaît avec la rapidité de l'éclair comme une révélation subite. La méthode expérimentale ne donnera donc pas des idées fécondes à ceux qui n'en ont pas. Elle servira seulement à diriger les idées de ceux qui en ont. » Est-il besoin d'ajouter que ces paroles de l'éminent physiologue trouvent leur application incessante dans les recherches cliniques ? Ici aussi l'idée est toute spontanée, elle échappera à toutes les méthodes, à toutes les règles.

L'hypothèse est nécessaire. Voyons si elle est légitime. Elle ne le sera que si elle satisfait à certaines conditions. La première, la plus importante, la condition *sine qua non,* c'est la parfaite indépendance d'esprit de celui qui la formule. Si l'hypothèse, comme cela n'arrive que trop souvent, est, *a priori,* dans l'esprit qu'elle dégénère en idée préconçue au sens absolu du terme, qu'elle s'enracine, alors elle devient éminemment dangereuse ; car elle place le savant dans de mauvaises conditions pour bien observer ; et si elle conduit à la vérité, rarement d'ailleurs, c'est au hasard seul qu'elle le doit.

Observer, en effet, c'est idéaliser un phénomène qui est devant nous ; c'est le changer en pensée. Or, ce phénomène physiologique ou morbide, quel qu'il soit, le savant ne sera plus libre de l'idéaliser, de le transformer en pensée si, antérieurement au résultat de l'expérimentation physiologique ou de la constatation

du fait clinique, il l'a déjà interprété et que, malgré les faits, il reste fidèle à cette interprétation.

L'idée *a priori* éclaire les faits d'une lumière trompeuse, ne les fait voir que d'un seul côté. Aveuglé par elle, le chercheur ne verra dans un fait que les éléments qui fortifient et confirment cette idée, négligeant sans le vouloir ceux qui la contredisent et la renversent.

L'emploi de l'hypothèse comme procédé intellectuel exige donc impérieusement, de la part de celui qui la conçoit, la liberté d'esprit la plus absolue et la force d'y renoncer aussitôt que le fait qui devait la confirmer, en a montré la fausseté. Faute de quoi, l'observation est trompeuse.

Une autre condition à laquelle doit satisfaire l'hypothèse, pour rester légitime, est de n'être que prochaine : l'hypothèse est prochaine quand, pour expliquer un fait observé, elle recherche l'existence d'un autre fait qui peut être relié au premier par un rapport de cause à effet, guidée en cela par l'analogie existant entre d'autres séries de faits déjà constatés.

Ce n'est qu'à la condition de passer d'un fait à la recherche d'un autre fait tout voisin, et de traverser successivement tous les anneaux de la chaîne des faits que l'hypothèse reste prochaine, c'est-à-dire légitime et utile. Elle cesse de l'être et devient périlleuse, dès qu'ambitieusement, elle veut, d'un bond, s'élever d'un fait à un autre plus éloigné ou non susceptible d'être contrôlé.

Elle devient périlleuse encore quand, procédant par

voie de synthèse, elle tente de s'élever de quelques faits particuliers et isolés aux plus hautes généralités.

L'hypothèse — et nous ne saurions trop insister sur ce point — pour être légitime, a besoin d'un cortif ; elle le trouve dans le doute, le doute méthodique de Descartes. Le doute doit porter, non pas sur les faits, mais sur leur interprétation, sur les théories auxquelles ils donnent naissance.

Ce ne sont pas les faits qu'il faut sacrifier aux théories, mais les théories qu'il importe de savoir subordonner aux faits : les théories n'étant pas la vérité absolue elle-même, mais seulement des moyens de recherches, des représentations approximatives et partielles de la vérité.

A peine une théorie basée sur un fait est-elle née qu'il faut tenter de découvrir si une autre théorie ne rendra pas compte de ce fait et de plusieurs autres analogues, mieux et plus sûrement.

Tel est le doute scientifique qu'il ne faut pas confondre avec le scepticisme : celui-ci doute de la science elle-même, le premier ne doute que des conceptions arbitraires de notre esprit.

L'INDUCTION ET LA CERTITUDE

La pathologie dans son sens le plus général, suppose la connaissance des lois qui régissent l'ordre des faits dont elle s'occupe. La clinique pourra se constituer sur une base d'autant plus solide que la notion de ces lois sera plus positive et plus exacte.

Le diagnostic n'a pas seulement pour raison de faire connaître les maladies ; il doit aussi les faire comprendre. Or, pour connaître un fait, il peut suffire de s'en former une idée exacte et vraie ; il faut, pour le comprendre, pouvoir se rendre compte de sa raison d'être. La notion des rapports de causalité nécessaires, la connaissance des lois régulatrices des phénomènes, l'intuition du principe dont ces lois elles-mêmes dérivent, représentent les conditions essentielles de la compréhension scientifique.

C'est donc vers la loi générale que doit tendre, et que tend, en réalité, l'esprit humain, quand il cherche l'explication scientifique des choses, et pour parvenir à ce suprême résultat, il a recours au procédé fondamental de raisonnement qui domine la genèse des sciences expérimentales, nous voulons dire l'induction.

La philosophie a précisé le sens du mot induction :

passer d'une affirmation, c'st-à-dire d'un jugement à un autre, aller d'un principe reconnu vrai ou supposé tel, à ses conséquences nécessaires ou hypothétiques, c'est raisonner. Or, il y a deux sortes de raisonnement : la déduction qui va du général au particulier, c'est le raisonnement, proprement dit, le seul qui possède la rigueur logique ; et l'induction qui va du particulier au général, raisonnement toujours plus ou moins aventureux.

Mais si l'induction est moins rigoureuse que la déduction, elle est infiniment plus féconde en vertu même de son imperfection logique.

Dans la déduction, nous piétinons sur place, pour ainsi dire ; nous ne faisons, somme toute, qu'analyser ce que nous savons déjà et nous en rendre mieux compte, puisque les principes ou prémisses contiennent déjà implicitement leurs conséquences. Dans l'induction, au contraire, la pensée progresse véritablement, puisque nous affirmons, en concluant, plus que nous ne savions avant de conclure.

C'est là ce que le moyen âge n'avait pas compris, considérant, à tort, la déduction, avec son expression adéquate, le syllogisme, comme un instrument de découverte dans tous les ordres d'études.

Descartes, mais surtout Bacon et Galilée, ont dissipé ces illusions, soit en montrant la vanité de la méthode syllogistique, soit en prouvant, par des exemples significatifs, la fécondité de l'induction.

On s'est aperçu que dans les sciences de la nature ou sciences qui reposent sur les faits, les prémisses

des déductions sont toujours des vérités générales, obtenues par induction ; que, par conséquent, la déduction suppose l'induction et ne fait qu'analyser ses résultats en appliquant la loi induite à tel ou tel cas particulier.

L'induction consiste donc essentiellement à passer des faits observés aux lois qui les régissent ; les faits sont les prémisses du raisonnement inductif, la loi en et la conclusion.

Or, s'il est vrai que ce passage des faits à la loi est naturel, il n'en reste pas moins que le procédé est sujet à beaucoup d'erreurs. Aussi la science doit-elle chercher à diriger par de bonnes méthodes ce procédé naturel de l'esprit pour donner aux lois plus de précision et de sûreté.

Pour éviter l'erreur dans l'emploi de l'induction, il faut, avant tout, la bien préparer, c'est-à-dire observer les relations de succession ou de co-existence des différents phénomènes en s'efforçant de séparer les associations fortuites et les associations constantes, régulières. Celles-ci, seules, une fois isolées, peuvent être élevées au rang de lois. Si deux phénomènes se succèdent constamment, l'antécédent paraît bien être la condition du conséquent ; si deux phénomènes sont habituellement contemporains, il semble qu'ils se conditionnent réellement l'un l'autre : de telles observations on peut passer avec confiance à des lois de succession ou de co-existence. L'important est donc d'obtenir des observations précises et concordantes, où l'on puisse voir la succession ou la co-existence de

deux phénomènes se reproduire au milieu de circonstances diverses.

Pour cela des procédés d'observation sont nécessaires ; le meilleur, chaque fois qu'il est possible, est l'expérimentation et la méthode inductive se trouve ainsi constituée en grande partie par la méthode expérimentale, dont Bacon, Stuart-Mill, Claude Bernard, ont formulé l'esprit, la portée et les procédés.

La simple observation des faits a suggéré à l'esprit du savant une loi, loi hypothétique, hypothèse, à laquelle il ne veut pas croire tant qu'il ne l'aura pas vérifiée. Pour faire cette vérification, il expérimente, cherchant quelles circonstances accompagnent, suppriment ou font varier le phénomène qu'il étudie : « *Posita causa, ponitur effectus ; sublata causa, tollitur effectus ; variante causa, variatur effectus ?* »

Observation, hypothèse, expérimentation, tels sont les trois préliminaires de l'induction ; quand l'expérience paraît bien faite, définitive, toutes les causes d'erreur semblant avoir été écartées, alors on induit, c'est-à-dire qu'on généralise le rapport qui vient d'être prévu, réalisé et constaté. Ce qui est apparu une ou plusieurs fois à l'expérimentateur dans les conditions favorables où il a su se placer, est affirmé par lui comme une loi, règle universelle et nécessaire de tous les phénomènes semblables.

Les lois sont d'autant plus difficiles à obtenir que les faits étudiés sont plus complexes, plus enveloppés les uns dans les autres.

Cette complexité est croissante, si de la mécanique

on passe à la physique, de la physique à la chimie, de la chimie à la physiologie et aux autres sciences de la vie.

A Claude Bernard revient l'honneur d'avoir rattaché les sciences médicales aux autres sciences inductives en leur appliquant la méthode expérimentale. Mais il s'en faut de beaucoup que l'expérimentation, à l'heure actuelle, constitue un procédé pratiquement réalisable dans tout le domaine de la médecine. Ici, comme en astronomie et en histoire, les hypothèses provisoires suggérées par les premières observations doivent être contrôlées au moyen d'observations ou plus attentives ou faites dans des conditions plus favorables ; les chances d'erreur restant très grandes, malgré tout. C'est pourquoi il est prudent, dans les sciences d'observation d'intituler modestement hypothèses et non pas lois, les résultats de la généralisation inductive.

Logiquement, l'induction est un procédé de raisonnement peu rigoureux, car la conclusion est toujours plus étendue que les faits qui la motivent ; on suppose sans preuve que l'inconnu ressemble au connu, que l'avenir confirmera le passé. Mais c'est une tendance invincible de l'esprit humain que de croire à la stabilité, à l'universalité, à la nécessité des lois de la nature. On a cherché à légitimer cette tendance et, avec elle, toutes les lois spéciales, au moyen d'une sorte de *loi des lois*, qui serait une intuition *a priori* de la raison, également indémontrable et indiscutable ; c'est le principe de causalité : tout phénomène a sa cause ;

plus exactement, tout phénomène est conditionné par d'autres phénomènes ; en d'autres termes, tout phénomène a sa loi. Le caractère *a priori* de ce principe a été contesté par Stuart-Mill, qui ne voit là qu'une induction suprême, une généralisation des lois particulières opérée instinctivement par l'esprit.

Mais, quand bien même la théorie de Stuart-Mill serait erronée, quand bien même le principe de causalité serait une idée innée antérieure à toute induction particulière, ce principe ne saurait légitimer logiquement que la recherche persévérante des conditions phénoménales des phénomènes, et non l'affirmation sans réserve d'une condition particulière quelconque. Car s'il est certain, en vertu du principe de causalité, que tel phénomène a une cause, une condition *sine qua non*, il n'en résulte nullement que la condition qu'on lui attribue soit la vraie.

Le domaine de l'induction est donc celui de la probabilité ; la certitude logique, la rigueur mathématique lui sont interdites.

Il ressort d'ailleurs de tout ce qui précède, qu'entre les lois et les hypothèses, il n'y a qu'une différence de degré et que la généralisation inductive aboutit tantôt aux unes, tantôt aux autres.

Dans les deux cas, l'opération intellectuelle est la même ; dans les deux cas, l'esprit affirme une relation entre deux ou plusieurs phénomènes ; il affirme que ces deux phénomènes sont naturellement associés, que leur liaison n'est pas fortuite, mais nécessaire, qu'elle doit se rencontrer partout et toujours, bref,

que les phénomènes en question ne peuvent apparaître l'un sans l'autre.

Quand cette affirmation est définitive, absolue, sans réserve, elle s'appelle une loi ; quand elle est provisoire, dubitative, elle s'appelle une hypothèse.

Mais, telle hypothèse après vérification, devient une loi, et telle loi, après de nouvelles expériences, devient douteuse; enfin pour le philosophe, toutes les lois sont des hypothèses, puisqu'il n'y a pas de loi qui soit rigoureusement certaine.

Cependant, à défaut de la certitude, les hypothèses qu'on appelle des lois, peuvent posséder un très haut degré de probabilité ; bien plus, pour la spéculation scientifique et pour la vie pratique, beaucoup de lois sont aussi indiscutables que les vérités mathématiques et l'esprit philosophique seul se refuse à cette identification.

Quand l'ignorant croit sans réserve aux lois qui lui ont été révélées par l'uniformité apparente de certains phénomènes naturels, cette certitude, bien qu'illégitime en droit, s'explique assez aisément ; l'ignorant imagine, à tort ou à raison, une loi et, faute d'esprit critique, il ne conçoit aucune objection ; chez lui, la certitude a pour raison d'être son ignorance même, la pauvreté, l'infécondité de son esprit. Mais le savant est méthodique et prudent ; il commence toujours par douter ; il porte dans toutes ses expériences, dans toutes ses hypothèses, un sage esprit d'examen : comment donc finit-il par être certain ?

Il faut d'abord qu'il trouve dans les faits observés

de très sérieux motifs pour établir sa conviction. Si l'expérience sur laquelle il se fonde est unique, mais longtemps méditée, longtemps préparée, faite avec des soins scrupuleux, plus cette expérience est parfaite, mieux il a su la dégager des causes d'erreur, plus grande est la probabilité de la loi. Si l'expérience est susceptible d'être recommencée, variée, vérifiée, plus nombreuses ont été les expériences concordantes, plus la loi a de chances d'être vraie.

Mais quand on affirme la loi comme incontestable, comme vraie, on suppose que l'expérience unique était absolument parfaite, ou que les expériences de l'avenir continueront à confirmer celles du passé. Ces deux suppositions sont évidemment gratuites, et pourtant tous les jours le savant se hasarde à les faire et bien souvent sa témérité est justifiée par le succès, c'est-à-dire par l'assentiment unanime de ses contemporains et de la postérité.

L'opération essentielle du dogmatisme scientifique peut être envisagée sous différents aspects ; au fond, elle est une. Elle consiste à passer, sans motif légitime, de la perfection relative d'une expérience à sa perfection absolue, des relations ordinaires des phénomènes à leurs relations constantes, invariables, nécessaires, de la probabilité toujours croissante et devenue très grande à la certitude. Si la certitude n'est jamais atteinte en droit, d'où peut-elle venir ? Elle vient de la prévision d'une confirmation ou d'une non-contradiction à venir, laquelle est probable, très probable, de plus en plus probable, d'une probabilité

qui croît avec le temps dans l'esprit du savant : la certitude est donc saisie par anticipation.

Un esprit systématiquement critique, concevrait toujours des objections ; le savant scrupuleux, qui en a déjà conçu et écarté plus d'une, pourrait encore, s'il voulait bien, en imaginer de nouvelles ; mais il se refuse à douter toujours. Un moment vient où il se résoud à franchir la faible distance qui le sépare de la certitude ; il affirme alors sans restriction la loi qu'il croit avoir découverte dans les faits. La certitude n'est jamais dans la science inductive, que la limite préconçue et préadoptée de la probabilité croissante.

Ainsi l'induction bien conduite, prudemment menée, nous amène à formuler la loi. Pour ce faire nous employons diverses méthodes dont la description n'a point à figurer ici. Nous admettrons avec Stuart Mill une méthode de concordance, une méthode de résidu, une méthode de différence, une méthode de dérivations concomitantes. Mais ce sont là jeux de cabinet quelque légitimes et quelque sérieux qu'ils soient au fond. Les savants les appliquent sans les connaître et, quelquefois, avec d'autant plus de justesse qu'ils s'en préoccupent moins. Nous croyons donc devoir envisager la chose plus simplement et plus pratiquement.

Un observateur avisé saura reconnaître le genre ou les genres d'induction qui conviennent à chaque condition particulière, et s'il n'est pas avisé, on ne le rendra pas tel par la discipline des canons logiques.

On nous permettra seulement de nous arrêter un instant à deux sources d'induction qui ont de trop fréquentes applications en biologie et en médecine pour être passées sous silence : nous voulons parler de l'analogie et des relations numériques.

En médecine pratique l'analogie était une des grandes ressources de l'école empirique. Rejetant toute explication des maladies, toute théorie, les empiriques ne pouvaient pourtant pas s'empêcher de raisonner, et ils raisonnaient surtout par analogie. C'est-à-dire que lorsqu'ils apercevaient dans deux cas pathologiques des symptômes analogues, ils en concluaient qu'il existait entre ces deux cas un rapport de genre, et en déduisaient l'indication d'une thérapeutique commune. C'est là un procédé scientifique très légitime, un procédé nécessaire auquel l'humanité doit une grande partie des connaissances qu'elle possède ; c'est aussi une règle de pratique extrêmement féconde.

Nous sommes loin de ce temps sans doute, et notre science a des visées plus larges ; elle veut contrôler ses raisonnements analogiques, et la thérapeutique a de plus profondes racines.

Mais, dans l'état d'imperfection où elle est malgré tout, l'analogie simple lui est encore d'un grand secours. Des intermittences plus ou moins réglées dans le cours d'une maladie, ordinairement continue, font naître en nous l'idée d'une analogie entre cette maladie et la fièvre paludéenne et nous administrons la quinine. Les médicaments sulfureux guérissent le

catarrhe pulmonaire ; malgré les différences de siège, de symptômes, ne pourraient-ils guérir également le catarrhe de la vessie ?

Quant à l'autre source d'induction, nous voulons parler des relations numériques entre les phénomènes, ce qui lui donne une importance particulière en médecine, c'est que la méthode directement étiologique y est plus difficile qu'ailleurs.

Ne pouvant observer chaque fait en particulier et voir si la maladie dont meurt chaque enfant est en corrélation étroite avec les effets de la nourriture qui lui est donnée, on établit le chiffre moyen de la mortalité, chez les enfants élevés au biberon par des mercenaires, et on le compare au chiffre moyen de la mortalité chez les enfants élevés au sein par la mère. Ce procédé d'investigation est très délicat. Il peut conduire en clinique et en thérapeutique à des déterminations illusoires et dangereuses.

Il n'est pas d'ailleurs nécessaire en médecine pratique de toujours compter, de toujours réduire son opinion à un total. Avec le temps, l'habitude, la réflexion, le praticien arrive à se faire de toutes les données que lui a fournies l'observation, en semeïologie, en pronostic, en thérapeutique, un dépôt personnel dans lequel il puise avec sûreté les règles de sa conduite journalière. C'est ce profit d'observations non comptées, mais nombreuses et fécondées par le jugement qu'on appelle l'expérience, bien différente on le voit, des expériences qui sont la mise en pratique de l'expérimentation.

LOIS DE FRÉQUENCE. — LOIS DE NÉCESSITÉ

Lorsqu'on étudie les principes qui dominent la médecine, il semble au premier abord que les lois en pathologie et en thérapeutique, sont, non pas des lois de nécessité, mais simplement des lois de fréquence, c'est-à-dire que le rapport établi entre les phénomènes n'est pas affirmé comme nécessaire et constant, mais seulement comme possible et fréquent, les termes réunis dans la loi pouvant se trouver dans la réalité tantôt associés, tantôt séparés.

Qu'il y ait de telles lois en médecine, on ne saurait le nier ; mais les progrès même de notre science montrent que ce sont là des lois provisoires ; et quand on parvient à préciser les termes du rapport, la loi de fréquence se transforme en loi de nécessité.

Voici un exemple bien simple : l'opium fait dormir ; ce n'est là qu'une loi de fréquence, car l'opium, dans certains cas, est un excitant et dans d'autres cas un poison. Que l'on précise ces termes et l'on aura des lois de nécessité : l'opium à telle dose fait dormir un animal de tel poids et tue un animal d'un poids moitié moindre. Avons-nous ainsi atteint le dernier degré possible de la précision ? Nullement, car la distinction

des différents principes contenus dans l'opium a permis de formuler des lois encore plus nettes et plus absolues.

Il en est des maladies comme de l'action des médicaments.

Voici un malade qui a de la fièvre, qui tousse et qui expectore. *Quelquefois* ce sont là les symptômes de la pneumonie ; d'autres fois le malade, qui présente de tels symptômes, aura une bronchite ou une fièvre typhoïde à forme pulmonaire. On voit que, guidé par une simple loi de fréquence, le médecin ne peut ni poser son diagnostic avec certitude, ni instituer une thérapeutique sûrement appropriée à la maladie. Il pourra sans doute soigner les symptômes, mais il ne pourra attaquer le mal à sa racine.

Il importe donc de transformer les lois de fréquence en lois de nécessité. Pour cela comment procéder ?

Remarquons d'abord que dire : « les symptômes fièvre, toux, expectoration, font supposer une pneumonie », c'est supposer à l'avance une certaine évolution de la maladie provisoirement caractérisée par ces symptômes ou, mieux encore, supposer certains phénomènes caractéristiques qui sont l'essence même de la maladie, mais qui échappent tout d'abord à l'observation du médecin. Ces phénomènes sont, pour la pneumonie, un certain microbe que l'examen microscopique des crachats fera seul découvrir, et des lésions pulmonaires spéciales, qui ne paraîtront qu'à l'autopsie, c'est-à-dire au cas où l'art du médecin aura été

impuissant à empêcher une terminaison fatale de la maladie.

Nommer la maladie sur le vu des symptômes, c'est donc faire une hypothèse ; c'est supposer des phénomènes inobservés ou même inobservables. L'hypothèse est plus ou moins aventureuse, plus ou moins fondée, suivant que l'observation qui lui sert de base a été plus ou moins complète et précise.

Dans le cas qui nous sert d'exemple, l'observation est incomplète, vague, superficielle.

Supposer la pneumonie, c'est supposer à la fois des phénomènes futurs, inobservables en cette qualité, et des phénomènes présents inobservables pour d'autres motifs. Mais l'observation sera précisée et complétée, si l'on attend pour diagnostiquer la maladie, l'apparition des phénomènes futurs ou si l'on prend soin d'observer dans tous leurs détails les phénomènes présents qui ne sont point inaccessibles à l'investigation.

Donc, pour reconnaître avec certitude une maladie, on peut prolonger l'observation et préciser chaque symptôme par la connaissance de son évolution : ce procédé est long, et, en attendant un diagnostic définitif, le médecin sera réduit à la thérapeutique expectante ou à la thérapeutique des symptômes.

On peut aussi compléter la première observation, en précisant chacun des symptômes observés tout d'abord. Si telle sorte de fièvre, tel genre de toux, tel mode d'expectoration ont été reconnus comme liés invariablement au microbe particulier et aux lésions pulmonaires spécifiques, l'ensemble de ces différents

phénomènes observés et phénomènes non observés, forme une loi de nécessité, la loi ou la définition de la pneumonie. Il suffira donc de constater les premiers termes de la loi, c'est-à-dire les phénomènes accessibles à l'observation, pour poser avec certitude, dans les cas nouveaux, le diagnostic de pneumonie, et il sera possible d'instituer, en conséquence, une médication rationnelle.

Mais il n'arrive pas toujours que les symptômes immédiatement observables soient spécifiques, ou bien la détermination du caractère spécifique de ces symptômes peut demander une observation très minutieuse à laquelle le médecin ne pourra pas toujours se livrer dès ses premières visites. Aussi cette seconde méthode pourra-t-elle être remplacée avantageusement dans la pratique par une troisième consistant à grouper autour des symptômes imparfaitement spécifiques, des symptômes non spécifiques par eux-mêmes, mais rapidement observables comme les premiers. L'ensemble de ces symptômes non spécifiques peut avoir une valeur spécifique : c'est ainsi que le décubitus et surtout le faciès prennent une grande valeur pour le diagnostic entre les mains d'un médecin expérimenté ; de même le goître, l'exopthalmie et l'éréthisme cardiaque, symptômes peu ou point spécifiques par eux-mêmes, deviennent, réunis, la triade symptomatique de la maladie de Basedow.

Ainsi, trois méthodes peuvent être employées pour transformer une loi de fréquence en loi de nécessité, et ensuite pour poser, en conséquence de ces lois, des diagnostics certains :

1° Observer immédiatement le plus grand nombre possible de symptômes accessibles ; chacun d'eux n'étant pas spécifique, leur ensemble peut l'être.

2° Préciser l'observation des symptômes principaux, de manière à leur donner une valeur spécifique ; un symptôme, non spécifique à première vue, peut, attentivement examiné, présenter des particularités spécifiques ;

3° Suivre l'évolution des symptômes principaux, ce qui est une autre manière de les préciser ; un symptôme n'ayant rien de spécifique, le mode de son évolution peut être spécifique.

De ces trois méthodes, la première est la plus expéditive, la troisième est la plus longue. Elles doivent être employées l'une après l'autre ; tantôt la seconde remédiera à l'insuccès de la première, la troisième à l'insuccès de la seconde ; tantôt la seconde servira à contrôler, confirmer, compléter les résultats de la première et la troisième ceux de la seconde.

Il y a des maladies dont l'évolution seule peut fixer le diagnostic ; telles sont la plupart des fièvres éruptives ; telle est surtout la fièvre typhoïde. Il y en a qui pourront être reconnues dès le premier examen pourvu que cet examen ait été suffisamment prolongé et détaillé. Il y en a d'autres qui pourront être déterminées presque au premier coup d'œil par l'observation presque simultanée d'un grand nombre de symptômes.

Enfin une même maladie n'étant pas toujours iden-

tique à elle-même il faudra, suivant le cas, recourir tantôt à une méthode, tantôt à une autre.

La pneumonie, par exemple, a pour symptômes caractéristiques : de la fièvre, de la toux suivie d'expectoration visqueuse, une modification du rythme respiratoire, des râles crépitants et un souffle tubaire perçus à l'auscultation. Ces quatre symptômes, une fois bien observés, le médecin pourra conclure à l'existence des lésions pulmonaires spécifiques, autrement dit affirmer la pneumonie. Mais pourra-t-il les constater dès sa première visite ? Non, si le mal est à son début ; oui, si le mal est à son acmé : or, un même mal envahit l'organisme plus ou moins rapidement et en conséquence s'extériorise plus ou moins hâtivement par ses différents symptômes.

Résumons maintenant les considérations qui précèdent et essayons de formuler avec précision, ce qu'on peut appeler la logique inductive de la pathologie. Faute de lois de nécessité, aucun diagnostic, et par suite aucune thérapeutique ne peuvent être assurés.

Les lois de fréquence de l'ancienne médecine se transforment en lois de nécessité par trois procédés :

En spécifiant par leur association mutuelle des symptômes non spécifiques par eux-mêmes ; en spécifiant, par l'examen attentif de leurs particularités, les symptômes non spécifiques après une observation rapide ; en spécifiant enfin, par l'étude de leur évolution, les symptômes non spécifiques à leur première apparition.

Ces trois procédés se ramènent en définitive à un seul : *on spécifie toujours un symptôme en le précisant.* Mais encore une fois, il y a trois manières de préciser un symptôme : on le précise, soit indirectement par ses associations, soit directement par ses particularités ou par son évolution.

Dire que des symptômes ou signes sont spécifiques d'une maladie, c'est dire qu'ils figurent dans la définition de cette maladie et de celle-là seule.

La définition d'une maladie énonce tous les phénomènes, soit cachés, soit observables, dont la simultanéité ou la succession constitue cette maladie.

De ce fait *la définition d'une maladie est une loi,* loi de simultanéité et de succession tout à la fois, car il n'y a pas de maladie qui n'ait une évolution, et, grâce à la solidarité des différentes parties de l'organisme, il n'y en a pas non plus qui n'affecte qu'un seul organe.

Est spécifique, tout phénomène ou tout groupe de phénomènes qui se rencontre dans une seule définition, car dès lors son observation suffit pour autoriser à affirmer les autres phénomènes, soit non encore observés, soit inobservables, qui figurent dans la même définition. Mais un phénomène morbide n'est jamais spécifique, tant qu'il n'a pas été précisé ; non précisé, il se rencontre dans plusieurs définitions : préciser un phénomène morbide, c'est donc le spécifier, le rendre spécifique.

Les définitions des maladies sont des lois fondées sur des observations répétées et concordantes. Tant

que ces observations n'étaient pas suffisamment précises, les lois étaient des lois de fréquence ; les progrès de la pathologie ont transformé beaucoup d'entre elles en lois de nécessité. Et ces dernières peuvent désormais servir de fondement à des diagnostics certains et non plus seulement probables ; mais à une condition, c'est que l'observation du cas morbide particulier soit suffisamment précise pour coïncider, au moins en quelques-uns de ses termes, avec la loi générale.

Un diagnostic, dans ses conditions, n'est autre que la conclusion d'un syllogisme, et cette conclusion, comme toute conclusion déductive, vaut ce que valent les prémisses.

Celles-ci sont :

1° Une loi qui sert de majeure ;

2° Une observation clinique, qui sert de mineure.

Majeure. — Tels symptômes observables, par exemple, telle fièvre, tel faciès, etc.., accompagnent toujours tels phénomènes cachés, l'ensemble des uns et des autres s'appelant soit pneumonie, soit typhoïde, soit de tout autre nom : voilà une loi de nécessité.

Mineure. — Or, je constate ces symptômes.

Conclusion. — Donc le malade a telle maladie.

La conclusion est rigoureuse ; elle sera fausse, cependant, si l'observation (mineure) est mal faite, ou si la loi (majeure) est erronée. De plus, si la loi est une loi de simple fréquence, si les mots *souvent* ou *quelquefois* remplacent dans son énoncé le mot *toujours*, la conclusion ne peut être que dubitative. Si, au con-

traire, la loi est une loi de nécessité, bien établie, incontestable, et si le médecin a su bien observer son malade, le diagnostic sera certain et la thérapeutique reposera sur un fondement solide.

Il est donc très important d'élaguer une à une de la médecine les lois de fréquence dont on se contentait trop aisément autrefois et de les ramener à des lois de nécessité, seule base d'une médecine non pas seulement scientifique, mais aussi pratique au sens élevé et sérieux du mot.

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉLÉMENT PRATIQUE DE LA DIAGNOSE MÉDICALE

DE L'EXPÉRIENCE

Dans la première partie de notre travail, nous avons étudié le fondement scientifique de la diagnose médicale. Nous avons montré par quels procédés nous passions du fait à la loi, et nous avons discuté les conditions dans lesquelles nous étions autorisés à nous servir de cette loi pour en déduire, sur le constat de quelques symptômes précis, le diagnostic d'une maladie déterminée.

Mais si, dans cet exposé préalable, nous avons parlé d'une science médicale, si nous avons, avec Claude Bernard, considéré que l'indéterminé n'est point scientifique et qu'il faut tendre à rechercher les rapports nécessaires qui unissent les phénomènes entre eux, si, chemin faisant, nous avons tenté la critique de l'empirisme en tant que fondement exclusif à la pathologie, nous avons été contraint de reconnaître que la médecine comporte à l'heure actuelle beaucoup plus de lois de fréquence, de lois hypothétiques, que de véritables lois de nécessité. En d'autres termes, que si le clinicien doit être un savant lorsqu'il exerce son intelligence dans le domaine scientifique de la médecine, il doit être quelque chose d'autre ou de plus lorsqu'il

pratique son art dans le domaine du probable et de l'indéterminé.

Si, en effet, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique étaient assez avancées pour que tout phénomène normal ou anormal fut rigoureusement explicable et expliqué, et pour qu'on put garantir l'action constante et identique d'un même médicament administré à tout malade dans des circonstances bien spécifiées, le médecin praticien ressemblerait au chimiste qui, connaissant la nature d'une opération en voie d'accomplissement, peut arrêter cette opération par un changement de réactif ; et alors, la médecine d'application se confondrait tellement avec la science qu'elle pourrait presque perdre son nom d'art médical. Nous sommes loin de ce but et, répétons-le, la clinique devra bien longtemps encore se contenter, à défaut de lois générales, de notions plus modestes, fruit de l'observation de l'expérience et de la tradition.

Ainsi, à côté de la connaissance des lois qui régissent la biologie de celles qui dominent la pathologie générale et que tout candidat clinicien doit posséder théoriquement en arrivant à l'hôpital, se place une connaissance personnelle, acquise pratiquement, variable avec chacun, plus ou moins développée suivant l'époque de notre vie médicale, nous voulons parler de l'expérience.

Déjà, dans un précédent chapitre, nous avons indiqué, en opposant l'expérience à l'expérimentation, ce qu'il fallait entendre par ce mot. L'expérience, avons-

nous dit, est l'ensemble de nos acquisitions intellectuelles subsconscientes, enregistrées par l'habitude et fortifiées par le temps ; quelque chose de comparable, dans un autre ordre d'idées, au métier du pianiste qui peut, à première vue, déchiffrer n'importe quelle composition musicale. Pénible et laborieuse au début, la lecture sera devenue de plus en plus facile et rapide, et l'œil exercé finira par voir d'un coup l'accord à exécutéer, sans avoir besoin d'en analyser les parties constituantes.

De même le jeune enfant qui apprend à lire commencera à épeler les lettres une à une, en accoutumant son oreille à leur son et ses yeux à leur forme. Lorsqu'il aura triomphé de ces premières difficultés, on le fera syllaber, puis lire à haute voix les mots entiers. C'est ainsi que, peu à peu, laborieusement, en mettant à contribution constante sa mémoire visuelle et auditive, il passera de la lettre au mot et du mot à l'idée. Désormais, il pourra lire mentalement, sans peine, presque sans attention, tout au sens du récit, oubliant les étapes progressives et pénibles qu'il aura dû franchir pour parvenir à un tel résultat.

Ainsi, en médecine, l'expérience est le résultat d'une série d'acquisitions qui, pour rester dans le domaine du subconscient, n'en ont pas moins été progressivement et lentement réalisées.

Pour bien comprendre, d'ailleurs, la formation de notre expérience, il faut nous reporter au temps où, plus ou moins renseignés sur les choses médicales, nous sommes trouvés certain jour devant notre pre-

mier malade. Avec quel zèle, mais aussi quelle inhabileté, avons-nous questionné, palpé, percuté, ausculté le malheureux patient !

Avec quel souci de ne rien omettre avons-nous colligé, sitôt perçus, les symptômes que nous découvrions ! Et lorsque nous avons tenté de rapprocher les données de la clinique de nos connaissances livresques sur les maladies, le diagnostic nous apparut comme un travail de géant, comme une opération formidable de mathématique. Cependant, combien la solution du problème nous sembla simple, lorsque notre chef, reprenant un à un tous les symptômes par nous observés, les groupant par ordre de valeur, nous expliqua que notre malade était un cancéreux typique de l'estomac !

Immédiatement, le souvenir de ce premier malade se grava dans notre mémoire et lorsque, quelques jours après, nous eûmes à nouveau l'occasion d'examiner un semblable malade, la reconnaissance de quelques-uns des symptômes, déjà constatés chez le précédent, nous orienta rapidement vers l'idée d'un néoplasme gastrique.

Les malades, en somme, éveillent en nous des images, images visuelles, auditives, olfactives, images complexes auxquelles l'enseignement d'un maître ou l'examen anatomique nous permet de donner un nom. La perception répétée d'images analogues fixe, dans notre mémoire, les éléments communs de ces images, tandis que les parties dissemblables se neutralisent en se superposant.

Et ainsi nous abstrayons presque à notre insu, subconsciemment les caractères les plus généraux et les plus constants des maladies. Nous meublons peu à peu notre vie psychologique de notions essentielles, véritables lieux communs que nous pourrons, en les faisant revivre, adapter aux nécessités et aux exigences du cas pathologique actuellement en observation.

En général, ces éléments fixes de nos images cliniques se présentent pour un même tableau morbide, suivant un groupement particulier, lequel correspond à ce que nous appellerons : *la représentation syndromique de la maladie.*

Les lois des associations d'idées, qui régissent notre connaissance sensible, suffisent à expliquer cette tendance synthétique, et rendent compte de notre impérieux besoin de hiérarchiser et de classer.

L'image la plus constante, en effet, deviendra la plus nette et la plus nécessaire, et bien vite nous la considèrerons comme le symptôme de premier plan.

Derrière ce symptôme cardinal et parce que de moindre fréquence, se placeront en s'estompant, les symptômes de valeur plus discrète de luminosité plus faible, lesquels deviendront les symptômes secondaires de la maladie.

Ce n'est d'ailleurs pas en un jour que nous parvenons à idéifier ainsi les maladies ; il faut un long temps de patientes observations, d'examens laborieux; il faut que nos sens aient vibré plus d'une fois avant que l'empreinte psychologique d'une image ne se soit

gravée solidement dans notre mémoire, avant que ne se soit dégagé le schéma d'une entité morbide.

Cette imprégnation, d'autre part, ne s'effectue point également vite chez chacun de nous.

Elle réclame à son début une activité cérébrale assez intense ; elle demande de l'attention et de l'effort, et il est flagrant que tous, nous ne sommes point également capables de cet effort et de cette application.

Nous récoltons comme nous avons semé ; mais si la bonne qualité du grain est une condition nécessaire pour que la récolte soit abondante, ce n'est pas la condition suffisante. Il faut aussi que la semence soit déposée sur un terrain fertile.

De même, si la représentation syndromique des maladies implique le travail attentif et prolongé de nos sens, sa formation nécessite quelque chose de plus et ce quelque chose est la mémoire.

C'est la mémoire, en effet, qui enregistre nos sensations et qui les conserve à l'état latent, en puissance, avec plus ou moins de fidélité. C'est la mémoire qui permet la reviviscence des images passées. Sans la mémoire, aucune représentation syndromique possible.

D'ailleurs, la mémoire variable dans son intensité avec les individus, est également variable, quant à sa qualité. Certains d'entre nous ont une mémoire visuelle dominante, d'autres possèdent plus particulièrement une mémoire auditive, quelques-uns une mémoire olfactive. En tout cas, les images psychologiques se ressentiront de notre mode de réminiscence;

tandis que les symptômes auditifs seront les plus significatifs pour les uns, ce seront les symptômes visuels ou olfactifs qui parleront le mieux aux autres.

Tant et si bien que le schéma personnel d'une maladie varie avec chacun. Et cette spécificité de l'idéation en clinique, explique l'antinomie fréquente entre le lieu commun pathologique qu'on apprend abstraitement dans les livres et les notions personnelles que nous aura fournies l'expérience.

D'où, réciproquement, la nécessité, pour chacun de nous, de passer au crible de notre individualité psychologique les données générales de la pathologie, de faire nôtres ses définitions, d'estomper les lignes trop sèches de ses schémas morbides, d'animer suivant notre nature les mots dont elle se sert, bref, de rendre aux malades ce qui leur appartient en propre : les symptômes de leurs maladies.

De même que nous n'incorporons point les matériaux alimentaires à l'état brut et naturel, que nous devons leur faire subir un travail à la fois mécanique et chimique propre à les rendre assimilables, de même nous ne saurions formuler un bon diagnostic sans l'expérience, avec les seuls éléments théoriques de la pathologie.

L'expérience intervient à chaque moment de notre vie médicale, parce qu'elle procède de l'habitude et que l'habitude étend sa loi jusqu'aux moindres de nos actions.

N'est-ce point l'expérience qui nous manque, lorsque nous arrivons dans un service de consultations

d'enfants et que, pour la première fois, nous prenons contact avec de petits malades. Scrupuleusement, nous examinons chacun d'eux pour nous mettre en règle avec notre conscience et ne point laisser échapper quelque broncho-pneumonie débutante ou quelque méningite nouvellement déclarée. Puis, peu à peu, notre œil s'habitue, notre oreille s'entraîne et nous arrivons assez vite à sérier à première vue les enfants en deux catégories : ceux dont les lésions font plus de bruit que de mal et que, faute de temps, nous regardons rapidement, et ceux qui sont plus gravement malades et qui retiennent notre attention plus longuement?

N'est-ce pas l'expérience qui, dans les concours, donne aux questions de certains candidats ce cachet de sincérité, de vérité, qui impressionne toujours si favorablement les juges et qu'on ne rencontre jamais dans un exposé livresque, si fidèle et si documenté qu'il soit ?

N'est-ce pas l'expérience encore qui rend compte de ce flair spécial que possèdent certains infirmiers, lesquels arrivent à poser des diagnostics presque à coup sûr, sans la moindre notion des données théoriques de la pathologie ?

N'est-ce pas enfin l'expérience qui suffit à expliquer l'habileté des anciens sorciers et l'adresse de nos « rebouteux » modernes, les uns et les autres étant souvent des ignorants et des illettrés ?

L'expérience, on le voit, règne en maîtresse dans notre science. Elle a permis aux générations passées de formuler des lois générales, et cette expérience des

autres, enregistrées par le livre ou par la tradition, vient guider les premiers pas de notre expérience personnelle, sans toutefois pouvoir jamais la suppléer.

L'expérience nous est indispensable pour comprendre les lois médicales et les interpréter. A elle seule elle peut même suffire à étayer de bons diagnostics ; mais elle doit toujours s'inspirer des définitions de la pathologie, se défier de sa grande ennemie, la routine, moyennant quoi nous mettant en présence d'autres hommes, elle nous les fera justement connaître, et sainement juger.

DIAGNOSTIC ANALYTIQUE ET DIAGNOSTIC INTUITIF

Nous voici en possession des éléments de notre connaissance médicale ; les principes généraux, d'une part, les données de l'expériences, d'autre part. Nous allons pouvoir tirer partie de ces notions pour diagnostiquer les maladies et faire œuvre de clinicien. Mais, pour arriver à ce résultat, nous ne suivons pas tous la même route, nous avançons au gré de nos tendances intellectuelles et de nos inclinations, et il y a lieu, maintenant, de montrer comment nous procédons mentalement lorsque, nantis du savoir théorique et des enseignements de la pratique, nous recherchons la solution d'un problème de diagnose médicale.

Quelques exemples concrets, beaucoup mieux que le discours, éclaireront notre pensée et nous feront plus aisément comprendre.

Un malade âgé est dans son lit, émacié. Ses yeux sont légèrement subictériques ; la peau de son visage a une teinte jaune paille. Près de lui une cuvette est à demi pleine de matières vomies, striées d'un sang noir.

A voir ce malade, l'idée nous vient d'emblée qu'il

doit être porteur d'un cancer de l'estomac et nos recherches cliniques vont s'orienter dans ce sens. Autrement dit, nous émettons une hypothèse que, dans un second temps, nous allons chercher à démontrer. Première façon de procéder que nous appellerons *méthode intuitive*, et que nous verrons être plus volontiers l'apanage des imaginatifs, des expérimentés, des artistes.

Au contraire, nous voici devant un semblable malade. Sans que le syndrôme visuel ait éveillé en nous la moindre idée, ne nous ait amené à formuler la plus timide hypothèse, nous examinons méthodiquement le dit malade ; nous colligeons les résultats de notre examen, et nous cherchons après coup à voir clair dans la complexité des données perçues en cherchant à nous remémorer quelques chapitres de pathologie : *méthode analytique*, celle des scientifiques, des non expérimentés.

Nous nous trouvons enfin devant un troisième malade, âgé, d'aspect général peu brillant, couché dans son lit et geignant. Il vient d'être pris de vomissements qui ont à peine calmé ses douleurs gastriques. Nous jetons un coup d'œil sur ce malade, nous constatons qu'il a dépassé la cinquantaine et nous pensons à un néoplasme de l'estomac.

Mais voici qu'au cours de notre examen vérificateur, nous nous apercevons que notre malade n'a pas de tumeur gastrique, qu'il n'a pas de ganglions sus-claviculaire, que ses vomissements datent de plusieurs années, qu'ils n'ont jamais été hématiques et n'ont

aucun rapport avec l'ingestion d'aliments. Nous nous apercevons que nous faisons fausse route et si l'hypothèse de crise gastrique du tube n'arrive point à notre pensée, nous voici réduit à examiner systématiquement notre malade jusqu'à ce que la constatation d'un signe d'Argyll et d'une abolition des reflexes rotuliens ne vienne éclairer notre ignorance et rectifier notre erreur.

Procédé mixte commencé intuitivement et terminé par déduction.

Etudions d'un peu plus près ces divers procédés de diagnostic.

Le diagnostic déductif se résume typique dans la façon du débutant de prendre une observation. On apprend à ce dernier comment il sied d'examiner tout malade pour ne rien omettre de ses particularités. On lui recommande avant tout de s'enquérir de l'âge, de la profession du patient, de ses maladies antérieures ; on l'habitue à rechercher ses antécédents pathologiques héréditaires et collatéraux. Ce préambule terminé, notre jeune clinicien se prend à explorer appareil par appareil, *de capite ad calcem*, le malade qui lui est confié, tout comme un voyageur ferait d'une terre inconnue ; puis il interroge successivement tous les organes, tous les systèmes, tantôt par

ordre de fonctions, tantôt par ordre anatomique. Il note avec la même insistance les petites choses comme les grosses, et quand il a terminé son long et pénible examen, il essaye de conclure. A l'instar de ces garçons de laboratoire qui préparent des pièces anatomiques, montent et colorent des coupes histologiques, attendant que l'œil du savant vienne les interpréter et les faire parler, notre débutant considère qu'après l'observation du malade, il en a fini avec la première partie, la partie matérielle de sa tâche, qu'il va lui falloir maintenant preuves et papiers en main, donner à tout cet ensemble de symptômes sa véritable signification.

Pour ce faire, il délaisse le lit du malade, et, mentalement, tente de grouper et de rapporter cette liste de faits à un cadre nosologique qu'il a lu dans un traité de pathologie.

Dans ce procédé diagnostic, on le voit, nous recherchons d'abord les données d'un problème en suivant une méthode analytique toujours plus ou moins artificielle .Nous observons avec nos sens et nous meublons notre mémoire ou notre papier de faits qui vont nous servir à échafauder notre thèse.

Mais, en général, les choses sont un peu plus compliquées. Un fait plus saillant, sinon plus important, commande d'autres faits qui sont moins tangibles, et la découverte facile de ce fait cardinal nous achemine à la découverte plus délicate de faits secondaires. Dans un tel examen, nous n'avons point de ligne de conduite univoque, mais une série d'indica-

tions en rapport avec l'apparition de tel ou tel symptôme .Sans doute nous ne faisons point l'analyse logique d'un malade, mais l'analyse partielle quasi grammaticale de quelques manifestations cliniques les plus évidentes. Autrement dit nous précisons les symptômes observés de façon à tendre vers le symptôme type abstraitifié dans la description livresque des maladies. Nous avançons peu ; nous piétinons sur place et si cette façon de procéder par l'honnêteté aveugle, le travail puissant, l'effort soutenu qu'elle implique, peut rendre des services aux faiseurs de statistiques et dans une certaine mesure contribuer aux progrès scientifiques de la médecine, c'est, nous semble-t-il, un moyen détestable de diagnostiquer. Car en usant de lui, le clinicien sépare de manière trop brutale le fait concret de son interprétation.

La recherche des symptômes devient trop la besogne aveugle et machinale que le médecin pourrait presque se dispenser de faire lui-même, se réservant le travail supérieur, intellectuel, algébrique : le groupement et la hiérarchisation des faits.

Cette diagnose *par correspondance*, dans laquelle le malade analysé et disséqué cesse d'occuper la scène en tant qu'unité concrète et physiologique, apparaît comme le plus monstrueux des contre-sens. On ne saurait faire le diagnostic à coup d'encyclopédie et ceux chez qui la perception des faits n'a jamais éveillé que des chapitres de pathologie ne sont et ne seront que de bien piètres cliniciens.

Nous avons dit que ce mode de diagnostic était

l'apanage des inexpérimentés, des débutants. C'est chez eux, en effet, qu'on l'observe avec son maximum de netteté. Mais on peut également le rencontrer chez des médecins plus avancés dans la carrière. Sans doute, ici, le procédé est moins exclusif, car en dépit d'une tendance plus marquée à garder le souvenir des lettres ou des idées, on n'a point une mémoire tellement particulière, que les faits cliniques actuels ne puissent éveiller l'image de faits cliniques passés.

Aussi, assisterons-nous, chez ces « intellectuels » de la médecine, chez ces « besogneux de lois scientifiques », assez souvent à des conflits entre l'imagination avec ses lois d'association, et l'intelligence pure avec ses grands principes rationnels.

Ils analyseront soigneusement un malade ; ils rechercheront le plus grand nombre possible de symptômes pour réduire d'autant le nombre des inconnues d'un problème qu'ils s'efforceront ultérieurement de résoudre. Et c'est ainsi que, lentement, avec méthode, ne laissant nulle place qui n'ait été méticuleusement inspectée, ils feront l'analyse du malade pour essayer ensuite la synthèse de la maladie.

Pas d'idée préconçue qui oriente leurs investigations ; pas d'*éclairs de génie* qui les fasse brûler une étape dans la suite de leurs recherches. Si quelque association d'images vient les guider, ils la subiront malgré eux, non sans avoir lutté contre elle. Aucune faiblesse dans leurs efforts qu'ils donneront jusqu'au bout, sans se laisser un instant tromper par le mirage d'une réminiscence pathologique. D'ailleurs, ils sont

aidés dans leur entreprise par une pauvreté de représentation qui les met à l'abri du *diagnostic d'impression* et qui les garantit contre les résultats extrêmes : le très bien comme le très mal.

S'ils commettent une erreur, ce sera toujours une erreur raisonnée et quand, à l'occasion d'un problème clinique délicat, ils en arriveront à discuter plusieurs possibilités morbides, ils ne limiteront pas leurs hypothèses momentanées aux seules maladies les plus voisines; ils passeront en revue toutes les affections ayant un rapport plus ou moins éloigné avec le cas en discussion.

Mais il faut bien l'avouer, ce type de clinicien est extrêmement rare. Car si mathématiques que soient nos tendances, si abstraites que soient nos idées, si rationnelle que soit notre connaissance, nous ne pouvons, avec le temps, nous défendre d'une expérience des sens et, partant, d'une reviviscence imaginative, à l'occasion d'un malade en examen.

De telle sorte que si nous sommes avant tout des déductifs, nous pouvons être des intuitifs le cas échéant. Il n'y a là qu'une question de nuances, de degrés et ce n'est pas sans de nombreux intermédiaires que nous en arrivons à traiter de l'autre façon de diagnostiquer les maladies : le procédé intuitif.

Dans toute sa pureté, ce procédé est l'inverse du précédent. La vue d'un malade fait instantanément surgir en nous, malgré nous, le souvenir d'un autre malade analogue au malade actuel. Le faciès de celui-ci, son decubitus, son allure générale évoquent en nous,

grâce à la mécanique des lois d'association d'états de conscience, une série d'images passées, comparables, sinon semblables en tout point à l'image présente. De cette superposition d'images surgit une idée diagnostiquée ; le nom d'une maladie nous vient aux lèvres, et cela si rapidement que nous ne prenons point conscience analytiquement des divers moments de cette opération mentale dont le premier terme nous semble être l'affirmation « intuitive » d'une maladie qui n'en est, en réalité, que l'aboutissant, que la conclusion.

Très vite, quasi instantanément, nous avons émis une hypothèse ; nous allons maintenant établir le bien fondé de notre première impression.

Tandis que dans le procédé analytique, tout à l'heure, nous cherchions, ici nous démontrons, suivant deux voies, semble-t-il, totalement opposées.

Et cependant, si nous regardons les choses de plus près, nous ne tardons pas à nous apercevoir que cette opposition est plus apparente que réelle.

N'est-ce point, en effet, dans le procédé d'intuition, la vue, l'ouïe ou l'odorat qui ont fait germer dans notre esprit la notion d'une maladie ; cette impression première n'est-elle pas la conclusion d'un rapide examen du malade ? Le diagnostic si précocement formulé n'est-il pas une hypothèse basée sur la constatation d'un petit nombre de symptômes très apparents ?

Car, à vrai dire, nous n'arrivons point au lit du malade avec une idée toute faite, *a priori* ; nous ne posons point le diagnostic d'occlusion intestinale sans

avoir vu le malheureux qui souffre de cette affection. Mais un simple coup d'œil a suffi à nous faire entrevoir comme possible et probable, l'existence de cette maladie ; la perception d'un symptôme pathognomonique a déclanché toute une représentation syndromique, et nous sommes passés d'un fait réel isolé à tout un groupe de faits hypothétiques. Supposant alors le problème résolu, ainsi que fréquemment il advient dans la détermination d'un lieu géométrique, et guidés par l'hypothèse que nous avons formulée, nous nous mettons en demeure de contrôler par le jeu attentif de tous nos sens la valeur de notre supposition.

A ce moment, ce n'est plus l'esprit libre que nous pratiquons l'examen manuel, auditif, visuel, olfactif et instrumental du malade. Ce n'est point sans arrière-pensée que nous l'interrogeons : nous sommes dominés à chaque instant par notre première impression.

Et c'est de cette impression première que va dépendre le sens de notre expérimentation. C'est, orientés par elle, que, réflectivement, sans nous en douter, nous questionnerons notre malade pour lui arracher ce que son ignorance, bien souvent, lui fait nous cacher. C'est, de plus en plus enferrés, que nous demanderons à la palpation, à la percussion, à l'auscultation, le témoignage dont nous avons besoin. Tant pis pour nous si ce témoignage nous est refusé, car, du même coup, notre construction s'écroule faute d'une assise suffisamment résistante !

Nous sommes alors égarés, peut-être même perdus,

si quelque symptôme de premier plan trop significatif au cours de notre examen, ne vient éveiller en nous une hypothèse différente et nous faire voir, en dernière heure, avec des yeux mieux renseignés !

Cette manière de diagnostiquer est la manière vers laquelle tous, plus ou moins vite, plus ou moins facilement, nous tendons, au cours de notre vie médicale. Tandis que certains la possèdent hâtivement, d'autres, plus pauvres en imagination, ne l'acquièrent que très tard.

Or, dans un cas comme dans l'autre, ce procédé a ses avantages et aussi ses dangers.

Ses avantages : nous avons dit déjà et nous croyons bon de le redire encore, le diagnostic ne se fait point avec des livres, et, justement, cette méthode nous fait tenir compte du malade lui-même et de tous les faits qui donnent à ce malade sa physionomie particulière. Seule, elle nous permet de bénéficier de notre expérience personnelle dans tout ce qu'elle a de délicat, d'intraduisible en langage abstrait. Seule, elle nous fait sentir plus finement les phénomènes morbides parce que seule elle est capable, par l'hypothèse initiale qu'elle suscite de diriger et de conduire nos recherches et nos investigations cliniques. Seule enfin et c'est là le plus beau fleuron de sa couronne, elle correspond à cette tendance naturelle, à ce besoin que nous avons de nous faire une idée des choses aussitôt que nous les avons vues.

N'est-ce point le chef de l'école positiviste qui a écrit :

« Si, d'un côté, toute théorie positiviste doit néces-
« sairement être fondée sur des observations, il est
« également sensible d'un autre côté que pour se
« livrer à l'observation notre esprit a besoin d'une
« théorie quelconque. Si, en contemplant les phéno-
« mènes, nous ne les rattachions pas immédiatement
« à quelque principe, non seulement il nous serait
« impossible de combiner les observations isolées, et,
« par conséquent, d'en tirer aucun fruit, mais nous
« serions même incapables de les retenir, et le plus
« souvent les faits resteraient inaperçus sous nos
« yeux ».

Claude Bernard écrit de même dans son introduction à la médecine expérimentale : « Ecartons de l'ex-
« périmentation les idées fixes qui ne sont qu'une
« forme d'entêtement, mais respectons les idées pré-
« conçues, l'hypothèse... L'expérimentateur doit écou-
« ter toutes les voix qui parlent à son esprit, à son
« imagination : ce sont autant d'intuitions d'où l'expé-
« rimentation pourra faire sortir une réalité. »

Naturelle et féconde, cette méthode intuitive n'est cependant pas à l'abri de la critique. Si, en effet, grâce à elle, nous pouvons parvenir aux devinations cliniques les plus géniales, nous sommes trop souvent à cause d'elle à la merci des plus redoutables erreurs.

Et c'est l'écueil des imaginatifs de se faire trop vite une représentation morbide, sans tenir un compte suffisant de la réalité. Une image clinique actuelle n'éveille une image clinique passée, qu'en vertu de lois fortuites, non rationnelles, et la reviviscence de

l'image juste du bon cliché dépendra donc de la justesse de notre actuelle représentation.

Cette représentation est-elle insuffisante, notre coup d'œil initial a-t-il manqué d'amplitude et d'acuité, nos associations d'états de conscience aveugles par elles-mêmes, ne rectifieront pas notre erreur ; mais, au contraire, mécaniquement l'enregistreront, et la continueront, nous orientant vers la mauvaise voie et nous égarant.

Une première condition donc, pour que notre reviviscence syndromique soit la bonne, c'est que notre examen rapide du malade soit fait avec des yeux exercés qui sauront voir d'emblée l'inégalité pupillaire, le faciès et la démarche du tabétique, ou le tuphos du dothénientérique.

Cette perspicacité de la première minute ne s'acquiert qu'à la longue ; elle est fonction de l'expérience ; elle est en rapport avec l'intensité de notre imagination représentative, et lorsque du prime jet elle ne nous fait pas entrevoir le diagnostic exact et total de la maladie, du moins nous oriente-t-elle ici, là ou ailleurs, mais dans le juste sens où nous devrons préciser nos recherches.

Une autre condition nécessaire pour qu'une image morbide actuelle puisse réveiller une même image endormie, c'est que cette image passée existe dans le souvenir, autrement dit que nous ayions déjà vu des manifestations pathologiques analogues.

Ceci implique encore l'expérience de la clinique et des malades.

Quiconque a beaucoup vu peut avoir beaucoup retenu, et seuls les médecins exercés qui fréquentent l'hôpital ou trouvent dans leur clientèle journalière les cas les plus variés, seuls ces médecins pourront bâtir, avec les matériaux du souvenir.

Cependant, notre expérience n'est jamais universelle, si générale qu'elle soit ; et, dès lors, on peut se demander comment le diagnostic d'intuition devient possible lorsque le malade en examen se trouve porteur d'une maladie neuve pour le médecin.

Il y a lieu de faire remarquer que les maladies sont beaucoup moins scindées et séparées qu'on ne le croit trop souvent ; beaucoup moins isolées qu'elles ne l'étaient autrefois, qu'elles ne le sont schématiquement encore dans les traités de pathologie ; que le clinicien qui avance en âge et en expérience prend conscience, peu à peu, des éléments communs de ses diverses images cliniques. Des syndromes particuliers, nous passons aux syndromes généraux, unifiant, en quelque sorte, dans une synthèse générale, les manifestations morbides. Ainsi, dans une certaine mesure, pouvons-nous, sinon formuler un diagnostic précis, du moins émettre une opinion utile à l'occasion d'un cas insolite et nouveau.

A supposer même que cette opinion intéressante et judicieuse ne corresponde point absolument à la réalité des faits, elle nous servira du moins à diriger notre examen et nous permettra de passer en revue les différents éléments du diagnostic différentiel, nous conduisant peu à peu par exclusion, à la définition exacte de la maladie.

Bien souvent, cependant, une maladie tenant à l'une des branches de la médecine dites de spécialités peut ne rien dire à notre représentation. Force nous est dans ces cas muets de recourir à l'examen analytique du malade. Ce procédé diagnostic devenant, chez les intuitifs, une sorte de pis aller, un procédé d'exception.

Lorsque, enfin, nous étudions les conditions de reviviscence des états de conscience, nous constatons qu'une sensation a d'autant plus de tendance et de facilité à renaître qu'elle aura été sentie plus profondément et plus fréquemment. De là, la nécessité de voir souvent les mêmes malades ou des malades comparables et de les voir, surtout au début, avec la plus grande attention, de telle sorte que la semence ayant été largement et soigneusement déposée, la récolte soit riche et abondante.

Voilà les qualités essentielles que doit posséder tout diagnostic intuitif. Voilà dans quelles conditions il est légitime à nous de laisser libre cours à la spontanéité de notre esprit. Ainsi nous émettrons les hypothèses les plus légitimes et les plus justifiables.

Mais il nous faudra notre besoin d'explication une fois calmé, vérifier scrupuleusement le bien fondé de notre intuition. Guidés par elle, nous ne devrons point faire de ce qui n'est qu'une hypothèse, la plus inattaquable des réalités.

Tout en suivant la voie qu'elle nous aura tracée, nous serons défiants à l'égard de nous-mêmes, nous nous montrerons notre propre critique, et nous ne ten-

terons pas, par une sorte de pétition de principes, d'arracher aux choses ce qu'elles refusent de nous concéder.

Soyons et restons des imaginatifs quant à la représentation syndromique d'une maladie ; mais n'oublions à aucun moment qu'au-dessus de la connaissance sensible des choses, il est une connaisance supérieure, celle du bon sens et de la raison.

CLINICIEN ET FLAIR DIAGNOSTIC

Ainsi donc, deux tendances de notre esprit, tendance analytique, la moins fréquente, tendance intuitive la plus répandue, se disputent inégalement la genèse intellectuelle du diagnostic en médecine.

A vrai dire, nous ne sommes point exclusivement tel ou tel, nous sommes particulièrement ou des analystes ou des intuitifs, et nous poursuivons l'explication des faits suivant notre inclination prédominante.

Les intuitifs, dans certains cas, sont obligés de procéder analytiquement, et il n'est point d'analystes qui le cas échéant, n'embrassent les choses intuitivement.

Nous avons donc exposé chacune de ces *manières,* et nous en avons fait la critique en recherchant leurs avantages et leurs inconvénients.

Il nous reste à tirer une conclusion de tout ce qui précède, et à prendre parti dans cette question à double face de la diagnose médicale : la palme appartient-elle au diagnostic intuitif ou doit-on la donner au diagnostic analytique ? Le bon diagnostic est-il celui de l'imaginatif ? Est-il celui du déductif ? Existe-t-il un sens clinique et que faut-il entendre par là ?

Nous plaçant à un point de vue plus différent, nous

allons essayer de découvrir les qualités psychiques du bon clinicien, pour ensuite tirer de notre analyse les éléments susceptibles de nous former une opinion.

Lorsqu'on étudie de près le bon clinicien, on constate d'emblée qu'il ne correspond pas à un type psychologique univoque. Si les facultés intellectuelles, en effet, ne sont pas variables dans leurs rapports, elles peuvent du moins varier dans leur intensité absolue. Autrement dit, tous ceux qui pratiquent sainement et justement la médecine ne possèdent pas nécessairement la même densité mentale. Voici un premier fait que tout chacun admet.

Les facultés intellectuelles, en particulier, ne sont pas chez le clinicien nécessairement au-dessus de la normale et n'apparaissent pas en tout cas comme les facultés maîtresses. La perception est nette, lumineuse, précise, sans erreurs, servie par un élément sensoriel assez affiné et un jugement sain.

L'imagination représentative est assez vive et la mémoire des sensations passées toujours très développée. A ce propos il y a lieu de distinguer l'imagination représentative de l'imagination créatrice, car l'une et l'autre n'ont pas le même rôle et la même valeur en clinique.

L'imagination représentative est la mémoire fidèle des images, la reviviscence telle quelle des sensations passées.

L'imagination créatrice est une reviviscence activement déformée qui nous permet d'associer des images dont les éléments nous sont évidemment four-

nis par les sens, mais dont le groupement se trouve créé de toutes pièces par l'esprit. Elle n'est pas une facultés autonome ; elle procède de l'imagination représentative dont elle n'est, somme toute, qu'une perversion.

Elle est inversement proportionnelle à l'imagination représentative et ceci se conçoit aisément.

Si notre mémoire était parfaite, nous revivrions dans leur intégrité les images une première fois perçues et leur groupement serait dans l'état second identique à leur groupement dans l'état premier.

Or, cette reviviscence parfaite, cette imagination représenative idéale n'existe pas, en fait.

Un philosophe ancien n'a-t-il pas écrit que l'oubli était la condition du souvenir ?

Si fidèle que soit notre mémoire, elle ne nous restitue pas toutes nos images passées avec la même précision. Il en est de plus nettes, d'autres de plus obscures. Une image même n'impresionne pas notre registre psychique également dans toutes ses parties ; de telle sorte que notre vie antérieure ne renait jamais identique à elle-même. Elle se trouve toujours plus ou moins déformée, et l'est d'autant moins que notre mémoire est plus fidèle. Mais si, de la moyenne, nous passons à l'extrême, que voyons-nous ?

Des images passées, déchiquetées, faites de clairs obscurs, rendus méconnaissables par la prédominance relative de certaines de leurs parties et cela à un point tel qu'elles ne nous redisent que de très loin les phénomènes eux-mêmes.

Nous sentons électivement une première fois et le temps accentue encore l'irréalité de nos représentations.

Nous voyons mal parce que trop exclusivement, trop au gré de nos tendances et de notre affectivité et peu à peu, par habitude, nous en arrivons activement à provoquer de ces images, anormales, bizarres, insolites, dont l'ensemble constitue l'imagination créatrice.

Or, que valent pour le clinicien l'une et l'autre de ces modalités imaginatives ?

Il est bien évident que l'imagination créatrice par le fantasque et l'invraisemblance de ses images est non pas seulement stérile, mais qui plus est, néfaste en matière de diagnose médicale. Le diagnostic, en effet, étant un jugement basé sur la comparaison d'une image actuelle exactement perçue et d'une image reviviscente autrefois sentie avec la plus grande précision, c'est l'imagination représentative seule qui est capable de nous fournir les éléments de cette comparaison. L'imagination créatrice, au contraire, est incapable, par elle-même, de nous procurer de semblables documents ; elle bouleverse trop la réalité, l'interprète trop spécifiquement pour ne point nous conduire aux plus inévitables erreurs.

Toutefois, si l'imagination créatrice n'est point l'imagination du clinicien, a-t-elle du moins un rôle dans une autre branche de la médecine ?

Nous pensons qu'elle est utile et nécessaire au savant qui recherche de nouveaux rapports entre les

choses, à celui qui ne s'en tient pas au domaine acquis, mais explore des régions nouvelles. Il faut à ce chercheur autre chose que la représentation exacte des faits qui éclaire un peu trop uniformément chacun d'eux ; il faut qu'il puisse, au gré de son génie, isoler dans sa pensée des images, pour en découvrir les relations réciproques. Il faut qu'il voit mal certains phénomènes, pour en voir d'autres plus attentivement.

Ainsi s'opposent le médecin qui pratique et le médecin qui invente ; ainsi s'explique la distraction proverbiale de nombreux savants, qui découvrent des lois de la nature et se trouvent incapables d'en user pratiquement.

Le bon clinicien a une imagination représentative toujours très fidèle ; il peut être pauvre d'imagination créatrice.

Qu'il nous soit permis à ce propos de faire incursion brièvement dans le domaine artistique pour montrer les rapports de l'artiste et du médecin.

S'il est vrai que l'imagination créatrice est dangereuse en clinique, il n'est pas moins certain que nombre de médecins dont on apprécie les qualités diagnostiques sont également de grands artistes. Et, partant, on pourrait penser qu'il y a entre ces deux faits une contradiction manifeste. Or, en art, ce qui domine, c'est l'imagination représentative. Le plus souvent, l'œuvre artistique est la reproduction de la nature. L'artiste invente peu ; il interprète tout au plus. Sans doute, l'imagination créatrice est quelquefois sa faculté maîtresse ; mais cette dernière donne lieu à des

manifestations artistiques spéciales, symboliques, maladives, anormales, dont les éléments se trouvent groupés de manière telle qu'on ne peut y retrouver la pure réalité. Ce coin du domaine de l'art est inconnu du médecin artiste, parce que, contraire à son tempérament. Le médecin est un représentatif avant tout un créateur accessoirement ; tout comme l'artiste qui doit être servi par une excellente représentation pour reproduire, surtout en peinture, les couleurs de la réalité.

Les médecins sont des réalistes en art.

Cette parenthèse étant fermée, revenons aux qualités du bon clinicien.

Son jugement est bon, malgré que souvent y intervienne, toute sa personnalité affective, tout son moi sensible. Et c'est une erreur de croire que l'affectivité est minime chez le médecin ; il en est parmi nous, et non des moindres, qui sont très sensibles et capables des émotions les plus délicates.

L'activité de même correspond à l'activité moyenne des individus. Elle se manifeste à tout instant de l'acte médical, ne fût-ce que dans l'attention constante et soutenue dont le clinicien doit faire preuve en observant les choses.

Ce n'est point à ce qu'il paraît l'hypertrophie d'une quelconque des facultés mentales qui constituerait le tempérament médical. Mais, au contraire, le juste équilibre de ces facultés, l'harmonie entre l'intensité de chacune, cet équilibre, cette harmonie constituant le

bon sens et le bon sens étant lui-même la condition de tout jugement raisonnable et sain.

Le clinicien possède une mentalité normale, bien équilibrée, et le sens clinique est l'expression médicale de cette mentalité, cette sorte de flair que *de bon sens et du bon sens* sont seuls capables de donner.

Ceci étant du clinicien digne de ce nom, quel est à notre sens la meilleure méthode diagnostique?

C'est la méthode intuitive, parce que c'est la méthode la plus logique, la plus naturelle, la plus féconde. C'est elle qu'emploient la plupart des médecins, devant tel malade soumis à leur examen.

Mais cette méthode employée par beaucoup, n'a de valeur que dans des conditions très spéciales, qui limitent le nombre des bons cliniciens parmi tous ceux qui en usent. Il ne suffit pas en effet pour voir juste, de se faire une représentation syndromique, rapide à l'occasion, d'un cas pathologique. Il faut que cette représentation syndromique soit la bonne. Or, seuls les intuitifs capables d'attention, de contention d'esprit, seuls ceux qui possèdent une imagination représentative normalement équilibrée, sont capables d'évoquer les images semblables qui sommeillent au fond de leur souvenir.

Ce n'est pas tout. Il faut encore que l'hypothèse émise dans les meilleures conditions soit vérifiée sans parti pris, sans entêtement; il faut que le chercheur orienté par son intuition expérimente honnêtement et que, si au cours de ses investigations, quelque fait indiscutable vient barrer la route, il ne s'acharne point

à passer quand même, mais prudemment rebrousse chemin pour chercher une voie meilleure.

Pouvoir se départir de son idée quand elle est mauvaise, c'est une nécessité absolue pour le clinicien. Très nombreux sont en effet ceux qui, par entêtement veulent à tout prix confirmer par les faits leurs premières suppositions. Ceux-là sont les orgueilleux qui refusent, malgré l'évidence, de s'avouer à eux-mêmes qu'ils se sont trompés.

D'autres, au contraire, ne tentent aucune démonstration. Une idée diagnostique a-t-elle surgi dans leur esprit, ils n'en demandent pas davantage. Cette idée leur suffit, qu'ils prennent pour la réalité, et sur laquelle ils se basent pour pronostiquer et guérir.

Trop sûrs d'eux-mêmes, ces cliniciens ne pèchent pas par excès, mais par défaut. Ils manquent de sens critique et, n'ayant jamais de contrôle actif pour confirmer ou infirmer leurs intuitions, ils perdent avec le temps le bénéfice de l'expérience ; des erreurs se glissent dans leur représentation, et la routine s'installe qui les livre aux chaos du hasard et les conduit fatalement à l'erreur.

Le bon clinicien, lui, ne se reposera jamais dans son activité ; il apportera toujours la plus grande attention lorsqu'en face d'un malade il cherchera du premier coup d'œil à s'en faire une idée morbide. Plus ou moins vite germera dans son esprit une hypothèse, hypothèse la plus logique, la plus probable, parce que, déclanchée dans les meilleures conditions de savoir et d'expérience.

Mais le bon clinicien, à aucun moment, n'oubliera qu'une hypothèse n'est, en somme, qu'une vue de l'esprit, qu'à telle enseigne il importe d'en établir le bien fondé, et il s'attachera à transformer le doute qu'elle implique en certitude, le possible qu'elle contient, en réalité.

Guidé par elle et avec toute l'application dont il est capable, il examinera son malade en se montrant à l'égard de soi-même l'adversaire le plus acharné, le critique le plus sévère, en prenant presque plaisir à dépister le fait contradictoire qui démolit l'édifice et oblige à une reconstruction.

Et s'il advient que les faits protestent contre son intuition, il saura respecter les faits ; il aura le courage d'abandonner la voie suivie, la force et la largeur d'esprit suffisantes pour faire table rase de toute son œuvre et pour bâtir à nouveau.

Toutefois, son erreur ne lui aura pas été inutile ; les matériaux de démolition pourront lui servir à élever un autre monument suivant une architecture différente, plus experte ; il émettra, autrement dit, une hypothèse moins intuitive et plus renseignée et ainsi il s'acheminera à petits pas vers la découverte de la vérité.

LE GRAND CLINICIEN — DIAGNOSTIC PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

Avant de terminer ce travail, nous voulons dire un mot du diagnostic psychologique, de ce diagnostic supérieur qui nous fait prendre conscience de l'individualité pensante, agissante, et souffrante qui se trouve devant nous.

On nous pardonnera de rester superficiel et d'esquisser à grands traits un sujet beaucoup trop délicat, beaucoup trop abstrait, pour qu'il soit possible de le traiter ici dans ses moindres détails.

Nous nous contenterons seulement de définir le diagnostic phychologique de montrer son rôle dans l'exercice de notre profession, d'en exposer les moyens, d'en préconiser la nécessité, de chercher ses rapports avec la diagnose plus terre à terre des maladies.

Chaque être sain ou malade présente des caractères qui sont communs à tous ceux de son espèce, des caractères spéciaux à la race et au groupe direct dont il fait partie, des caractères particuliers, spécifiques qui font que cet être est lui-même et non point un autre être, qui lui donnent en un mot son individualité.

Reconnaître ces éléments spécifiques, se représenter cette individualité, c'est ce qu'il convient d'appeler le diagnostic psychologique en médecine.

Or cette diagnose supérieure, cette intuition d'un autre moi est d'importance capitale. Si l'on songe, en effet à l'influence que le moral a sur le physique, si l'on pense aux modifications que chaque mentalité apporte à la physionomie des symptômes nosologiques on conçoit aisément que pour apprécier à leur juste valeur tels ou tels phénomènes fonctionnels ou objectifs, il faut avant tout apprécier l'être total qui présente ces perturbations.

Il faut regarder l'aspect général de l'individu, l'entendre causer, le voir marcher, observer son entourage, apprécier son intelligence, son affectivité, flairer ses habitudes, ses goûts, ses manies, ne laisser rien échapper de ces mille détails qui stigmatisent la vie d'un autre et de chacun, chercher à pénétrer au tréfond de la pensée de cet autre, à vivre un instant sa vie, en quelque sorte à incorporer à lui, afin de mieux comprendre, de mieux apprécier la valeur et le sens des symptômes de sa maladie.

Ce serait une erreur de croire que l'homme doit être soigné comme le sont les animaux, que la médecine humaine est à peu de chose près une médecine vétérinaire, et que la découverte matérielle d'une lésion constitue le seul but vers lequel s'orientent nos recherches, nos investigations.

Nous ne sommes pas faits seulement d'os et de chair; nous sommes imprégnés de cérébralité et le clinicien

doit tenir compte de l'individu mental tout autant que de l'organisme physique. Il doit se faire une idée du tout physiologique qui lui est offert, et ne point se contenter d'isoler de ce tout quelques manifestations pathologiques abstraites et sans corps, qui n'ont aucune vie par elles-mêmes et qu'aucune formule nosologique si précise qu'on la suppose, ne saurait animer.

Il doit plus encore.

L'individu n'est que le maillon d'une longue chaîne; il est la conséquence, le reflet, le résumé d'existences passées, la condition d'existences à venir, et pour imprécises que soient les lois de l'hérédité, il n'en reste pas moins que ces lois existent, et que nous en subissons tous les rigueurs et les bienfaits.

Aussi le clinicien qui une première fois aura isolé des symptômes, puis se sera efforcé d'étudier l'être malade lui-même, devra se souvenir que cet être n'existe pas isolément, que toute cellule dérive d'une cellule préexistante, bref il sera conduit à examiner non plus seulement un individu, mais une famille, à rechercher les antécédents, les tares qui en dominent la généalogie, et ainsi, progressant en extension, le diagnostic prendra une luminosité plus intense, plus générale, chaque fait aura l'éclairage qui lui convient, et la lésion actuelle sera l'incident de toute une histoire, l'aboutissant de tout un passé, la suite logique d'autres lésions découvertes dans le cours de précédentes générations.

Mais si nous estimons que la diagnose psycho-sociologique est la condition de toute compréhension cli-

nique, nous pensons que l'homme capable de s'élever ainsi au-dessus du fait matériel, capable de dominer d'autant ses semblables, est d'une taille supérieure, d'une envergure intellectuelle qui dépasse celle du plus grand nombre. Cet homme là est rare, qui doit résumer le génie et le savoir humain, qui doit être versé dans toutes les sciences, tous les arts, toutes les philosophies, qui doit joindre aux qualités mentales du modeste clinicien, des qualités plus marquées encore, plus étendues, plus générales. Il ne suffit plus entre les facultés d'un équilibre harmonique que nous avons appelé le bon sens, il faut que la densité de ces facultés soit beaucoup plus forte, beaucoup plus lourde. Il ne suffit pas d'une cérébralité moyenne, il faut une cérébralité supérieure. Il faut surtout que l'affectivité s'y trouve beaucoup plus affinée. Nous croyons en effet que l'élément affectif joue un rôle considérable dans l'intuition psychologique; que c'est lui qui met en branle nos représentations, lui qui oriente nos jugements dans la voie que l'intelligence seule n'aurait pas découverte, lui seul enfin qui rend compte de notre perspicacité.

C'est l'élément affectif qui nous fait porter intérêt aux malades que nous soignons, nous attacher à eux, nous acharner à dépister leur mal, à les soulager, à les guérir.

C'st lui que nous trouvons toujours très marqué chez les grands cliniciens. Laënnec, Trousseau, Potain, ne furent-ils pas des sensibles, des hommes d'une bonté proverbiale ?

Sans doute on doit distinguer l'affectivité vraie de la sensiblerie passagère, et superficielle, qui n'est qu'une mauvaise conseillère et dont il faut se défier prudemment.

Mais nous pensons que la sensibilité intervient en grande part dans ce qu'on appelle le flair médical, persuadé qu'il n'est pas de savoir qui puisse remplacer l'intelligence du cœur.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic est l'acte médical essentiel, puisqu'il est la condition de tout pronostic éclairé, de tout traitement rationnel. Il est aussi et bien souvent l'acte médical le plus délicat, le plus décevant, que nous envisageons suivant nos tendances, nos inclinations, notre tempérament et pour lequel très inégalement nous valons. Il y a de bons cliniciens, il y en a de mauvais.

2° Le diagnostic nécessite deux ordres de connaissances : des connaissances théoriques et des connaissances pratiques. Les premières nous sont fournies par l'éude de la pathologie, de ses définitions, de ses lois. Elles valent ce que vaut la pathologie elle-même, qui pour parvenir aux notions générales dont ultérieurement nous pourrons user « en fermant les yeux », emploie quelquefois la méthode expérimentale, le plus souvent la méthode statistique, la méthode d'analogie, la méthode historique. Or s'il est vrai que la généralisation scientifique par induction, est une tendance de l'esprit humain, il n'en reste pas moins qu'en médecine cette généralisation ne saurait donner que des lois hypothétiques, parfois infiniment probables, mais jamais de lois nécessaires, invariables, absolues. Que par conséquent déjà dans le domaine scientifique de notre savoir, la certitude absolue, mathématique, n'existe point et ne peut philosophiquement être atteinte. Ce qui n'empêche, cette restriction faite, que

nous devons apprendre à connaître les notions de la pathologie. Leur valeur pratique est immense, qui s'accroît encore avec le temps. Elles constituent le guide que chacun doit suivre, elles sont l'enseignement qui donne le sentiment des vues générales, par lequel notre expérience se fortifiera au contact de l'expérience de nos aînés, par lequel nous arrivons à développer notre jugement scientifique.

Pour faire de la bonne médecine, il importe de savoir la pathologie, la science médicale est indispensable à qui veut être apte à l'art médical.

3° L'autre élément de la diagnose médicale, son élément pratique, c'est l'expérience. L'expérience est le fruit d'observations répétées, la connaissance de ce qu'il y a de plus invariable dans nos représentations ; l'essence même de nos images cliniques. Elle s'acquiert lentement, progressivement; elle est fonction de la finesse de nos perceptions, elle dépend de la qualité de nos lois d'associations qui président à la reviviscence des sensations passées. Elle réclame à son début de l'effort, de l'application, de l'attention. Puis peu à peu l'imprégnation psychique des images morbides devient plus précise, leur réapparition plus rapide.

De leurs parties constituantes, celles qui sont variables se neutralisent et s'effacent en se superposant, au contraire celles qui sont senties plus constamment, plus régulièrement, constituent une sorte de schéma clinique et donnent lieu à la représentation syndromique des maladies.

Mais l'expérience est chose essentiellement personnelle, à laquelle concourent la fidélité plus ou moins grande de nos représentations, le mode particulier de notre mémoire, en un mot toute notre individualité.

Et cette spécificité psychique du schéma syndromique des maladies, explique l'abîme que, très souvent, l'on constate, entre le lieu commun livresque et le tableau particulier que nous nous faisons d'une maladie.

Dans certains cas, l'expérience peut, sans plus, nous permettre de diagnostiquer. Mais, livrée ainsi à ses propres moyens, elle est aléatoire, sujette à caution, elle manque d'envergure et d'extensibilité et ne saurait constituer à l'heure actuelle, un savoir médical suffisant. Il est matériellement impossible à notre époque, de créer soi-même sa science médicale, par une série d'observations. La vie entière n'y suffirait pas, disait Potain, et l'œuvre serait achevée à la veille de n'être plus nécessaire.

Elle serait, d'ailleurs, toujours imparfaite, car il est des maladies qu'on ne voit pas et des variétés nombreuses de maladies qu'on ne peut rencontrer.

L'expérience personnelle seule est incapable aujourd'hui de servir de fondement exclusif à la diagnose médicale.

L'expérience des autres que la tradition nous a transmise, reste nécessaire à l'interprétation des faits actuels. Le dédain des antérieurs, suivant le mot de Leibnitz, expose aux mêmes erreurs, aux mêmes hésitations, et négliger le passé d'une science, c'est tout bonnement la recommencer tous les jours.

Toutefois, si l'expérience ne peut à elle seule nous fournir tous les moyens d'un bon diagnostic, elle apparaît néanmoins comme absolument nécessaire dans la détermination des maladies.

Pour comprendre en effet les définitions de la pathologie, il faut que nous les ayions incorporées, que nous les ayions fait nôtres, il faut que leurs formules abstraites se soient transformées en images, il faut qu'elles correspondent dans notre esprit, non plus à des idées, mais à des faits.

Quand l'expérience des autres sera devenue notre propre expérience, alors seulement nous saisirons le véritable sens des lois de la pathologie, alors seulement nous pourrons les interpréter justement pour en tirer le maximum de profit.

4° Tels sont les matériaux de la diagnose médicale que nous allons mettre en œuvre pour parvenir à la découverte de la vérité. Mais nous userons de ces matériaux de façons diverses, et suivant nos tendances, notre personnalité psychique, nous nous montrerons ou des analystes ou des intuitifs.

La méthode analytique est celle qu'emploient les débutants, les inexpérimentés, les pauvres d'imagination, les abstraits. C'est une méthode d'exception, insolite et anormale, par laquelle un malade est analysé, disséqué, plus ou moins artificiellement, sans idée directrice, sans fil conducteur, une méthode qui nous fait isoler des symptômes sur lesquels nous échafauderons ultérieurement un tout diagnostic en nous remémorant les syndromes de la pathologie.

L'écueil de cette méthode, nous l'avons dit, c'est de viser la maladie, beaucoup plus que le malade, c'est aussi et surtout de livrer les investigations aux flottements du hasard, et, partant, de rendre beaucoup plus pénible une route dont on ignore et la qualité du terrain et la direction.

La méthode intuitive constitue la vraie méthode diagnostique ; c'est celle de la plupart, celle en particulier des expérimentés, des imaginatifs, des artistes, celle qui correspond à notre impérieux besoin de nous faire une idée des choses aussitôt que nous en prenons connaissance. Nous ne voulons pas, dans ce chapitre des conclusions, revenir sur le détail d'une méthode que nous avons décrite en entier quelques pages plus haut.

Disons seulement que dans de bonnes conditions, en prenant quelques précautions préalables, en soignant et en entraînant, son premier coup d'œil, en vérifiant honnêtement l'hypothèse morbide initiale par un examen sans parti pris, sans entêtement du malade en cause, on arrive, grâce à cette méthode, aux meilleures solutions, aux résultats les plus justes.

5° Le diagnostic du bon clinicien est un diagnostic intuitif, ce qui ne veut pas dire que tout diagnostic intuitif soit forcément le bon.

Le clinicien digne de ce nom procède intuitivement toutes les fois que la clinique le lui permet. Mais il est servi par des qualités qui donnent à cette méthode son maximum de rendement ; il a des sens fins de nature et affinés par l'habitude ; il possède une mé-

moire fidèle et rapide ; il doit avoir beaucoup vu et bien vu pour avoir beaucoup retenu. Son jugement ne sera pas vicié par une affectivité de mauvais aloi, bref il règnera entre ses facultés mentales, la plus saine harmonie et le sens clinique pourra se résumer en ces quelques mots : de bon sens et du bon sens.

6° Mais, à côté du bon clinicien, il y a le grand clinicien ; il y a l'homme qui, par la hauteur de ses vues, l'élévation de ses idées, dépasse la moyenne médicale ; il y a l'homme qui ne s'en tient pas à la diagnose terre à terre des maladies, mais qui veut savoir davantage.

Il faut à celui-là, qui embrasse dans son investigation, non seulement l'individu souffrant, mais aussi l'histoire généalogique de cet individu ; il faut à celui là qui cherche à découvrir l'âme d'un autre, à pressentir cet autre, il faut, disons-nous, à cet artiste, une cérébralité puissante, il lui faut surtout une sensibilité exquise qui puisse, avec la délicatesse du cœur, faire deviner ce que l'esprit à lui seul serait incapable de découvrir.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu :
Le Président de la thèse,
CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
LIARD.

ERRATUM

Nous n'avons pas cru devoir ajouter à la fin de ce travail tout personnel, un chapitre de bibliographie, estimant que les idées ne se défendent point comme les faits.

Nous nous contenterons de redire ici le nom de quelques auteurs (Descartes, Claude Bernard, Poincaré, Taine, professeur Chauffard, professeur Roger, professeur Teissier) que nous avons déjà signalés en cours de route, et dont la lecture aura fréquemment servi de matière à nos réflexions.

Grande Imprimerie de Blois, 2, rue Haute.